بسم الله الرحمن الرحيم

جامعـة ام القـــــرى

كلية التربية بمكة المكرمـة

الدراسات العليا

نموذج رقم (٨)

اجازة اطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد اجـــــراء

التعديلات المطلوبـة

الاسم رباعـي : طلال بن سعيد محمد الزهرانـي — القسم : علم النفـس

الدرجة العلمية : ماجستير — التخصص : ارشاد نفسي

عنوان الاطروحة : دراسة لبعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين وعلى آله وصحبه اجمعيـن وبعد ،،،

فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الاطروحة المذكورة عاليه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٤٠٩/١١/١٥هـ بقبول الاطروحة بعد اجراء التعديلات المطلوبة ، وحيث قد تم عمـل اللازم .

فان اللجنة توصي باجازة الاطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلـي للدرجة العلمية المذكورة اعلاه والله الموفق .

اعضاء اللجنـة

المشـرف	مناقش من القسم	مناقش من خارج القسم
الاسم : د. احمد توفيق شاولي	د. عبدالمنان ملا بار	د. عبد الرزاق احمد نور سلطان
التوقيع :		
عنه د. جمال اسعد قزاز		

رئيس قسم علم النفس

د. زايد عجير الحارثـي

* يوضع هذا النموذج امام الصفحة المقابلة لصفحة عنوان الاطروحة في كل نسخة

المملكة العربية السعودية
جامعة أم القرى
كلية التربية / قسم علم النفس
مكة المكرمة

٣٠١٠٢٠٠٠٠٠١٤٩١

٠٣٦٠٩

دراسة

لبعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب

اعداد

الطالب / طلال سعيد محمد الزهراني

جامعة أم القرى / مكة المكرمة
عمادة شؤون المكتبات
قسم المخطوطات
١٤٩١
UMM AL-QURA UNIVERSITY MAKKAH

اشراف

الدكتور / أحمد توفيق شاولي

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس
تخصص ارشاد نفسي

الفصل الدراسي الاول ١٤٠٩هـ

بسم الله الرحمن الرحيم

ملخص الرسالة

ان الهدف الرئيسي لهذه الدراسة تكمن في محاولة الاجابة على تساؤل مؤداه ماهي سمات شخصية متعاطي المخدرات ؟ وماهي اوجه الخلاف في جوانب شخصيته بالمقارنة مع غير المتعاطين ؟ وبناءً على ذلك قام الباحث بدراسة المتغيرات التي تناولت موضوع بحثه في كلا من الانتماء الاسرى ، الاجتماعية ، الاتساق الذاتي توهم المرض ، الاكتئاب الهستيريا ، البارانويا القهار ، الفصام ، الهوس الخفيف ، الانحراف السيكوباتي والانطواء الاجتماعي وقد قام بتطبيق ادوات بحثه على نزلاء الاصلاحية ودار الملاحظة الاجتماعية بجدة من متعاطي المخدرات فئة ١٨ - ٢١ سنه من الشباب كعينة تجريبيه بعدد ٤٠ فردا وقد اختار عينة ضابطة مماثلة من نفس المكان لتثبيت متغير الايداع وذلك ممن دخلوا السجن بتهم غير تعاطي المخدرات وقد راعى الباحث تساوى العينتين من ناحية السن والجنس ومحل الاقامة والمستوى الاقتصادى والاجتماعي والتعليمي للاسرة بقدر الامكان وقد طبق الباحث مقياس مكة للشخصية اعداد طاهر للتعرف على الفروق الشخصية بين الفئتين على ضوء متغيرات الدراسة وكذلك استخدم استمارة الخلفية الاجتماعية اعداده للتعرف عن كثب الابعاد الاجتماعية والاقتصادية والتربوية للفئتين وبعد التطبيق الميداني قام الباحث بتفريغ البيانات وتحليلها بالاستعانة بقسم الحاسب الالي بجامعة ام القرى حيث استخدم الاسلوب الاحصائي ($T\ test$) وقد خرج الباحث من دراسته بصحه سبعة فروض عند مستوى دلالة ٠.٠٥ واستطاع بذلك التعرف على ان هناك اختلاف بين سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات عن غيرهم ممن لا يتعاطون حيث تشير النتائج أن متعاطي المخدرات هم اميل الى عدم السواء في الانتماء الاسرى وتوهم المرض والهستريا والبارانويا والفصام والهوس الخفيف والانحراف السيكوباتي واختتم الباحث بحثه بوضع التوصيات التي تساهم في ارشاد هذه الفئه من المتعاطين نفسيا واجتماعيا .

الباحث
طالب/ طلال بن سعيد الزهراني

المشرف على الرساله
دكتور/ احمد توفيق شاولي رحمه الله
عنه / دكتور / جمال أسعد قزاز

تصديق عميد كلية التربية
دكتور/ هاشم بكر حريري

الاهـــــــداء

الى والدي الذين توليانى بالرعاية صغيرا ، وبالتوجيه والارشاد كبيرا أهدى هذا الجهد المتواضع حبا ووفاءا والى الأخ/ معتز أحمد توفيق شاولى وأخوته عرفانا وأحياءا لمجد والدهم (رحمه الله وأسكنه فسيح جناته) •

الى كل العاملين بأمانة واخلاص فى مؤسسات الاصلاح أهدى هذا الجهد عسى أن يكون عونا لهم فى أداء واجباتهم •

شكـــــر وتقديـــــر

اوجه شكرى وتقديرى وعظيم امتناني الى والدى الذى بكل الفخر تابع اهتمامه في وصولي الى هذه المرحلة التعليمية محفزا ومهنئا دائما كما هو عادته مستغلا كافة المناسبات من اجل ابنائه وأوجه شكرى وتقديرى الى الدكتور / زايد عجير الحارثي الذى ساهم بالرأى والشوره في بعض جوانب هذا البحث والى الدكتور /جمال اسعد قزاز الذى لم يبخل علينا بوقته وجهده في توجيهنا التوجيه العلمي السديد والى الدكتور / ميسره كايد طاهر اوجه شكرى وعظيم امتناني لما بذله من جهد مشكور في توجيهنا في تفريغ بيانات الدراسه ومتابعتها بالاهتمام . كما اوجه شكرى وعظيم امتناني الى لجنة المناقشه لكلا من الدكتور / عبد الرزاق نور سلطان والدكتور /عبد الحنان ملابار لما بذلوه من وقت وجهد في تناول هذه الدراسة واوجه شكرى الى الدكتور / فتحي الزيات والذى وجهنا علميا اثناء مناقشة خطة البحث كما واتقدم بالشكر والتقدير والعرفان الى سعادة العقيد / مساعد بن عوده الهلوى والرائد / مسفر صالح الغامدى لما بذلوه من حوافز لمواصلة دراستي والى كل العاملين بادرة سجون جده ودار الملاحظة بجده لما بذلوه من مساعدات في التطبيق وكذلك العاملين بمركز الحاسب الآلي بجامعة ام القرى كما واتقدم بالشكر وعظيم الامتنان الى استاذى الفاضل محمد بن سفر الزهراني الذى لم يتردد دائما في تحفيزى لمواصلة التعليم العالي وختاما اقدم شكرى لكل من ساهم في اخراج هذا البحث في صورته النهائيه واخص بالذكر الاستاذ / ازهرى محمد مصطفى والاستاذ / مأمون محي الدين .

كما وفي الختام ادعوا من الله الثواب والغفران الى استاذى الراحل الدكتور / أحمد توفيق شاولي والذى اشرف على هذه الرساله منذ ان كانت فكره الى ان انتهت وظهرت نتائجها .

هذا والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،،

محتويات البحث

الاهداء .... (أ)
شكر وتقدير .... (ب)
فهرس المحتويات .... (جـ)
فهرس الجداول .... (هـ)
ملخص الدراسة .... (هـ)

الفصل الاول : المقدمه .... (ى)
أهمية الدراسة ١
مشكلة الدراسة ٢
حدود الدراسة ٤
فروض الدراسة ٥
مصطلحات الدراسة ٦
الادوات ١٤
الخطة العامه للبحث ١٥

الفصل الثاني :

خلفية من المشكلة ١٧
أنواع المخدرات وآثارها النفسية والعضويه ٢٧
تصنيف وأشكال تعاطي المخدرات ٤٠
تعاطي المخدرات والشباب ٥٠
التفسيرات النظريه حول تعاطي المخدرات ٥٦
(١) النظرة الاجتماعيه ٥٦
(٢) النظرة القانونية ٥٩
(٣) النظرة التاريخية ٧٤
(٤) النظرة النفسية ٨٢
(٥) النظرة الاسلاميه ٨٢

أهمية الشباب ٩٨
مفهوم الشباب ٩٨
خصائص المجرمين من الشباب ١٠٧

الفصل الثالث :

الدراسات السابقة :

الدراسات العربية ١١٠

- دراسات داخل دول مجلس التعاون الخليجي ١١٠

- دراسات داخل الوطن العربي ١١١٦

-

الدراسات الاجنبية ١٢٢

الفصل الرابع :

أجراءات البحث ١٢٨

عينة البحث ١٢٩

أسلوب جمع البيانات ١٣٠

الادوات المستخدمه ٦٣٣

الفصل الخامس : النتائج وتفسيرها :

الخلفية الاجتماعية ١٤٦

التحليل الاحصائي لمقياس مكة للشخصية ١٧٦

نتائج الدراسة ١٨٨

تفسير النتائج ٢٠٠

توصيات البحث ٢٠٣

المراجع ٢٠٦

الملاحق ٢٢٥

فهرس الجداول

		الصفحه
جدول رقم ١	يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبه للعمــــــر	١٣١
جدول رقم ٢	يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبه لمحل الميلاد	١٣٢
جدول رقم ٣	يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبه للحاله التعليميه لهم	١٤٦
جدول رقم ٤	" " " " " للحاله التعليميه لا بائهم	١٤٧
جدول رقم ٥	" " " " " للحاله التعليميه لا مهاتهم	١٤٧
جدول رقم ٦	" " " " " لمهنهم	١٤٨
جدول رقم ٧	" " " " " لمهن آبائهم	١٤٩
جدول رقم ٨	" " " " " لمهن أمهاتهم	١٥٠
جدول رقم ٩	" " " " " لنوعية الحي الذى يقع فيه سكناهم.	١٥٠
جدول رقم ١٠	" " " " " للتركيبه السكانية فى مناطق سكناهم.	١٥١
جدول رقم ١١	" " " " " لوجود الخلافات الأســــريــــه	١٥٢
جدول رقم ١٢	" " " " " لعدد الزوجات فى الا ســــرة	١٥٢
جدول رقم ١٣	" " " " " لوفاة احد الوالد يـــــــن	١٥٣
جدول رقم ١٤	" " " " " للترتيب الميلادى بين أخوتهم	١٥٤
جدول رقم ١٥	" " " " " لحجم الا ســـــرة	١٥٥
جدول رقم ١٦	" " " " " لحالة العمل فى الأســــــرة	١٥٦
جدول رقم ١٧	" " " " " لمتوسط دخل الأســرة الشهرى بالريال السعودى .	١٥٧
جدول رقم ١٨	" " " " " لمعدل المصروف الشهرى بالريال الســـعودى .	١٥٨
جدول رقم ١٩	" " " " " لا جابة السؤال (هل ترى بأن الناس الذين يتعاطون المخدرات زادت أعدادهـــم ؟)	١٥٩
جدول رقم ٢٠	" " " " " لا جابة السؤال (هل تعتقد الحى الذى تسكنه يخلو من المخدرات استعمال المخدرات)	١٦٠
جدول رقم ٢١	" " " " " لا جابة السؤال (ماهى الاعمار التى فى رأيكم التى يغلب عليها طابع تعاطى المخدرات؟)	١٦١
جدول رقم ٢٢	" " " " " لا جابة السؤال (هل يوجد لديك أصدقاء يتعاطون المخــــدرات ؟)	١٦٢

تابع : فهرس الجداول

		الصفحه
جدول رقم ٢٣	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاجابة السؤال (ماهو شعورك وأنت تتعاطى المخدر؟)	١٦٢
جدول رقم ٢٤	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاجابة السؤال (ماهى الأسباب التى تجعل من الشخص متعاطيا للمخدرات؟)	١٦٣
جدول رقم ٢٥	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاكتساب ظاهرة التعاطى للمخدرات	١٦٤
جدول رقم ٢٦	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاجابة السؤال الاتى (متى بدأت استعمال المخدرات)؟	١٦٥
جدول رقم ٢٧	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاجابة السؤال الاتى (ماهى أكثر أنواع المخدرات استعمالا ؟)	١٦٦
جدول رقم ٢٨	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لاجابة السؤال الاتى (ماهى المواد البديله فى حالة نفاذ المخدر المعتاد عليه ؟) ...	١٦٧
جدول رقم ٢٩	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبه لمحاولة الامتناع عن التعاطى ومدى الفشل فى ذلك	١٦٨
جدول رقم ٣٠	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين لاجاباتهم على السؤال التالى (هل تجد فى نفسك الكفاءة فى الابتعاد عن المخدرات)	١٧١
جدول رقم ٣١	يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين وفقا للرأى فى علاج المتعاطى لمادة المخدرات)	١٧٢
جدول رقم ٣٢	يبين الفروق فى متغيرات الدراسه بين عينة المتعاطين وغير المتعاطين ونتيجته ومستوى دلالته	١٧٥
جدول رقم ٣٣	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس الانتماء الاسرى	١٧٦
جدول رقم ٣٤	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس الاجتماعيه	١٧٧
جدول رقم ٣٥	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس الاتساق الذاتى	١٧٨
جدول رقم ٣٦	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس توهم المرض	١٧٩
جدول رقم ٣٧	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس الاكتئاب	١٨٠
جدول رقم ٣٨	يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين فى مقياس الهستيريا	١٨١

الصفحه

جدول رقم ٣٩ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين في مقياس البارانويا ١٨٢

جدول رقم ٤٠ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين في مقياس القهار ١٨٣

جدول رقم ٤١ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين في مقياس الفصام ١٨٤

جدول رقم ٤٢ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين في مقياس الهوس الخفيف ١٨٥

جدول رقم ٤٣ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين وغير المتعاطين في مقياس الانحراف السيكوباتي ١٨٦

جدول رقم ٤٤ يبين دلالة الفروق بين مجموعة المتعاطين و غير المتعاطين في مقياس الانطواء الاجتماعي ١٨٧

الفصل الأول

- المقدمة
- أهمية الدراسة
- مشكلة الدراسة
- حدود الدراسة
- فروض الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- الأدوات والاختبارات المستخدمة
- الخطة العامة للبحث

بسم الله الرحمن الرحيم

المقدمة :

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف الانبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه اجمعين .

لقد اصبحت المخدرات في يومنا هذا من اخطر المشكلات التي تواجهها دول العالم كونها تدمر الانسان عقلا وجسما ومع ذلك فنجد البعض قد انجرفو وراءها ومع اختلاف نسبة انتشارها من بلد لاخر فأنها أصبحت تهدد بانهيار المجتمعات ونتيجة لذلك فقد قامت المنظمات واللجان على المستوى العالمي وعقدت الندوات والدراسات المختلفه منذ عشرات السنيين لمعرفة الاسباب وراء انتشارها وكذلك الاسباب وراء تعاطيها بغرض وضع الحلول المناسبة للوقاية منها ومع هذا الاهتمام ثار الكثير من الخلاف والمناقشات حول طبيعة المخدرات وأثارها على الفرد وما تعكسه على شخصيته وقد اكدت الدراسات ان الجوانب الدينية والنفسية والاجتماعيه والتربويه والقانونيه والاقتصاديه والعلاجيه لها تأثير في تعاطي المخدرات حيث نجد ان أصحاب النظرة النفسيه يرون ان تعاطي المخدر يعتبر شكلة نفسيه بالدرجة الاولى وان باقي العوامل هي عوامل مهيئة او معوقة واننا لسنا امام عقاقير قابلة للادمان بقدر مانحن امام شخصيات مستهدفة للادمان والوقوع فيه وأصحاب النظرة القانونية يرون ان تعاطي المخدرات يقاوم بالعقوبة والمعاطلة الصارمة دون النظر الى علتها ودوافعها ونجد البعض يرى ان تعاطي المخدرات يحتاج الى علاج طبي ويرى البعض الاخر ان النواحي الاقتصاديه والتعاليم الدينية تؤثر على تعاطي الفرد لمخدر معين دون الاخر .

والمتبع للدراسات التي تناولت الظاهرة بالمملكة نجد ان الاغلب ركز على الجانب الاجتماعي والقانوني ويرى الباحث بأن المكتبة العربية بصفة عامه لم تحظى الا بالقليل من الدراسات التي تدخل في عمق الظاهرة من جانبها النفسي والاجتماعي ولفئة صغار الشباب ونظرا لاهمية هذا السن ١٨- ٢١ سنه ومن منطلق ان متعاطي اليوم هو مدمن الغد وجدت نفسي مدفوعا لدراسة بعض السمات الشخصية لمتعاطي المخدرات من الشباب على امل أن نتعرف على بعض سماتهم في محاولة لارشادهم .

أهمية الدراسة :

تنبع اهمية هذه الدراسة في تناولها لشريحه من شرائح المجتمع تمثل الجزء الاكبر منه والا هم في نفس الوقت لما تتميز به من التقبل والتغيير وهم فئة الشباب الذى يقع سنهم مابين ١٨ - ٢١ سنه .

وأن التعرف على السمات الشخصية لمتعاطي المخدرات لهذه الفئة يساعد المتخصص والمرشد في وضع الاسس العلمية لمعالجة هذه المشكلة حيث لا يكن تجاهل أثر تعاطي المخدرات على نفسية الفرد وعلى علاقاته مع من حوله .

وتنبع اهمية الدراسة في تحقيق ما أنطلق به توصيات المؤتمر الدولي للمسكرات والاعتماد على العقاقير بدولة البحرين والتي اشتركت فيه منظمة الصحة العالمية ووفود من ثلاثة عشر دوله عربيه كانت المملكة العربية السعودية احداها في عام ١٩٧٥ هـ) والتي ناشدت فيه جميع الحكومات المعنية وخاصة الدول الناميه تشجيع الدراسات المنظمة لبحث مشاكل الادمان .

وقد لاحظ الباحث ان جميع المتغيرات التي تناولتها الدراسة لم تحظى بالاهتمام الكافي في البيئة السعودية الامر الذى دفعه الى تناولها بالبحث والدراسة .

مشكلة الدراسة

لا شك ان التربية الحديثة لم تكن قاصره على المجال المدرسي فقط بل تشمل بناء أعضاء صالحين حين يكتمل بناء المجتمع والمتبع للدراسات الاحصائية يجد ان المتعاطين للمخدرات في المجتمعات بصفة عامة في تزايد مستمر وتبعا لذلك فسوف تكون هناك مشكلات شخصية واجتماعية تنخر في جسم المجتمع في شكل أمراض جسمية وعقلية وحوادث عمل ومواصلات وجرائم . كما وانخفاض في المستوى الاجتماعي للاشخاص الذين ينفقون نسبة كبيره من دخلهم على تعاطي المخدرات . كل تلك المشكلات بالتأكيد تؤرق المجتمعات التي تزداد فيها نسبة المتعاطين للمخدرات ورغم أن الاهتمام الاساسي لهذه الدراسة سيكون منصبا على الجانب النفسي فبالتأكيد أن الباحث على وعي بأهمية زوايا أخرى لها نفس الاهتمام بالمشكل وهذه الدراسة لا يمكن أن تكون في معزل عنها لانها تتأثر بها وتؤثر فيها ومن تلك الجوانب العامة للاهتمام العلمي للمشكلة الدراسات الاجتماعية والاقتصاديه والطبية والجنائية والتشريعية التي تجرى ترشيدا لفهم الظاهرة . والباحث يرى ان مايدفع الفرد الى التعاطي قد يكون أحد اسبابه عوامل الاحباط في الحياة العطيية حيث يرى عبد السلام ١٩٧٧ ان تعاطي المخدرات من حيث كونه سلوكا لابد وان يكون وراءه دافع MOTIVATED BEHAVIOR يدفع صاحبه الى القيام به على الرغم من لمسه للاضرار التي تحيق به وبأسرته وأى سلوك يقوم به الفرد انما هو نتاج لكافة المحددات البيئيه والوراثيه والخبرات الشخصية التي تعرض لها .

وأن مشكلة الدراسة تنحصر في السؤال الرئيسي التالي :-

س : ماهي اوجه الخلاف في جوانب الشخصية بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين ؟

ويتفرع من هذا السؤال الاسئلة الفرعية التاليه :

(١) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الانتماء الاسرى كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟

(٢) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الاجتماعية كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٣) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الاتساق الذاتى كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٤) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى توهم المرض كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٥) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الاكتئاب كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٦) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الهستيريا كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٧) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى البارانويا كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٨) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى القهار كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(٩) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الفصام كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(١٠) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الهوس كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(١١) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الانحراف السيكوباتى كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

(١٢) هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الانطواء الاجتماعى كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لايتعاطونها ؟

حـــدود الدراســـــــة :

اولا : حدود الدرســـة الزمانيـــه :

لقـــد قام الباحث بتطبيق دراستـــه للفتـــره من منتصف الفصل الثانـي ١٤٠٨هـ وحتـى الفصل الثانـــي ١٤٠٩هـ

ثانيا : حـدود الدراسـة المكانيـــه :

كون موضوع البحث الرئيس هو دراسة لبعض سمات الشخصية المميزه لمتعاطي المخدرات من الشباب بالمنطقة الغربية بالمملكة العربية السعوديه لـذا فقد اقتصرت عينـة الدراســـة من سجون جده كأحد سجون المنطقة الغربية ولا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة على المناطق الاخرى في المملكة العربية السعودية .

صعوبات البحث :

لا شك أن كل باحث يمر ببعض الصعوبات أثناء قيامه بالبحث وتجد بعض منها يجتازها وذلـك بمعالجتها بقدر من الجهد والموضوعية والمال في بعض الاحيان . ولكن نجد في بعـــض الاحايين أن من الامور لا تستطيع تجاوزها ومعالجتهـا .

ونجد الباحث قد واجه بعض الصعوبات والتي تكمن في النواحي التاليـه :-

اولا : لم يستطـع الباحث الجزم بأن العينة الضابطة والتي تم اختيارها من السجون لم تتعاطى المخـــدارت .

ثانيا : لم يستطيع تثبيت جميع المتغيرات للعينة الضابطه من غير المتعاطين وذلك لقلة مجموعة غير المتعاطين المحكوم عليهم اثناء تطبيق البحث .

ثالثا : صعوبة حصول الباحث على دراسات سابقة من قبل أصحابها أو من قبل جامعاتنـــا .

رابعا : نظرا لاتساع رقعة المملكة فقد اقتصر الباحث أن تكون عينة على المنطقة الغربيـة .

تقريبا هذا مجموعة الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء تطبيقـه لهذا البحث .

فروض البحث :-

يهدف هذا البحث الى التعرف على سمات الشخصيه التي تميز متعاطي المخدرات في المنطقه الغربية بالمملكة العربية السعودية عن غير المتعاطين ، ولقد تم اختيار بعض السمات وهي الانتماء الاسرى ، الاجتماعيه ، الاتساق الذاتي ، توهم المرض ، الاكتئاب ، الهستيريا ، البارانويا ، القهار ، الفصام ، الهوس الخفيف ، الانحراف السيكوباتي ، الانطواء الاجتماعي .

ومن منطلق نتائج البحوث والدراسات السابقه فقد وضعت فروض هذه الدراسة وهي :-

الفرض الاول :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الانتماء الاسرى عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيــــه .

الفرض الثاني :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الاجتماعيه عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــه .

الفرض الثالث :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الاتســـاق الذاتي عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه .

الفرض الرابع :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في توهم المرض عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه :

الفرض الخامس :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الاكتئاب عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه .

الفرض السادس :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الهستيريا عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه .

الفرض السابع :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في البارانويا عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــــه-

الفرض الثامن :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في القهار عن غير المتعاطين بفرق ذى دلالة احصائيـــــــه .

الفرض التاسع :- متعاطى المخدرات يميلون الى عدم السواء في الفصام عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه :

الفرض العاشــر :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الهوس الخفيف عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه .

الفرض الحادى عشر :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الانحراف السيكوباتي عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه

الفرض الثاني عشر :- متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الانطواء الاجتماعي عن غير المتعاطين بفرق ذى دلاله احصائيـــــه

مصطلحات الدراسة :

(١) الشخصية : Personality

تذكر يونس (١٩٨٦م) " أنه يرجع الأصل فى كلمة الشخصية الى لفظ شخص أى مثل دورا فى رواية أو مسرحية " (ص ٢٩٥) ويقول عبد الخالق (١٩٨٥) بأن الشخصية هى تنظيم دينامى داخل الفرد له قدر كبير من الثبات والدوام لمجموعة من الوظائف و الصفات أو الأجهزة الادراكية والنزوعية والانفعالية والمعرفية والدافعية والجسمية والتى تحدد طريقته المتميزة فى الاستجابة للمواقف وأسلوبه الخاص فى التكيف للبيئة وقد ينتج عن هذا الأسلوب توافق أو سوء توافق ــ اى مع بيئته الخارجيه ، (ص ٦)

ويذكر حمزة (١٩٨٢) فى كتابه مبادئ علم النفس أن البورت ناقش فى كتابه الشخصية وقال هى مجموعة سمات الفرد كما تبدو فى عاداته الفكرية ، وتعبيراته واتجاهاته واهتماماته وأسلوبه فى العمل وفلسفته فى الحياة ويذكر حمزة أيضا تعريف مورتن برنس بانها (مجموعة الاستعدادات والميول والدوافع والقوى الفطرية الموروثة بالاضافة الى الصفات والاستعدادت والميول المكتسبة " وأخيرا يعرف حمزة الشخصية بأنها هى " التنظيم الديناميكى داخل الفرد لتلك النظم السيكوفيزيقية التى تحدد أسلوبه الفريد فى التوافق مع بيئته .

ويعرف فلوريد البورت Floyd Allport الشخصية بأنها : هى استجابات الفرد المميزة للمغيرات الاجتماعية ونوعية تكيفه لخصائص بيئته الاجتماعية وكذلك تعريف جاثرى Guthrie بأن الشخصية هى : تلك العادات ذات الأهمية الاجتماعية والتى تتميز بالاستقرار ومقاومة التغيير .

(٢) تعريف المخدرات : Narcotic

ان تعريف المواد المخدرة يبدو ذا اهمية عند الحديث عن هذه المواد وخصائصها . والمتتبع لتعريف هذه المواد يجد صعوبة في ايجاد تعريف لها اكثر شمولية وايضاحا ، وذلك لما نادى به كل مهتم وباحث في هذا المجال من جهة ، وللا كتشافات المثالية للعقاقير واختلاف تأثيرها من جهة اخرى .

فنجد ان منظمة الصحه العالمية (W . H . O . 1969) تعرف العقاقير بانها اى مواد يتعاطها الكائن الحي ، بحيث تعدل وظيفة او اكثر من وظائفه الحيوية (فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ، ٢٣)

اما المغربي فانه يعرف المواد المخدرة بأنها كل مادة خام او مستحضرة تحتوى على جواهر منبهة او مسكنة ، من شانها اذا استخدمت في غير الاغراض الطبية والصناعية الموجهه ان تؤدى الى حالة من التعود او الادمان عليها ، مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا واجتماعيا (سعد المغربي ، وهناك من قسم تعريف المواد المخدرة الى قسمين : تعريف علمي وتعريف قانوني . فيرى ان التعريف العلمي لها هو: مادة كيمائيه تسبب النعاس والنوم او غياب الوعي المصحوب بتسكين الالم وكلمة مخدر ترجمة كلمة (Narcotic) المشتقه من الاغريقية Narkosis الذى يخدر او يجعل مخدرا ، ولهذا لا تعتبر المنشطات او عقاقير الهلوسة مخدرة وفق هذا التعريف أما التعريف القانوني فانه يعرف المخدرات بأنها مجموعة من المواد تسبب الادمان وتسمم الجهاز العصبي ، ويحظر تداولها او زراعتها او صنعها ، الا لاغراض يحددها القانون ، ولا تستعمل الا بواسطة من يرخص له بذلك . (عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ١٠)

كما يعرف البعض المخدرات بانها كل مادة يترتب على تناولها انهاك للجسم وتاثير سيء على العقل حتى تكاد تذهب به وتكون عادة الادمان وتجرمها القوانين الوضعية (حسن البغال ، فؤاد على ، ١٩٦١ ، ٦) .

ويعرف القانون المخدر بانه المادة التي تشكل خطرا على صحة الفرد وعلى المجتمع ، ولذا فان جميع المخدرات توضع تحت ماهو مصطلح عليه بالأدوية الخطرة . و (عبد الحميد منصور ، ١٩٨٢ ، ١٤٤)

ويعرفها قاموس اكسفورد المختصر بانها المواد الاصلية البسيطة الطبية : عضوية كانت او غير عضوية ، التى تستخدم وحدها او كمادة فعالة (فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ، ٢٣)

أما الموسوعة العربية فانها تعرف المخدر بانه مادة تسبب في الانسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة وقد ينتهي الى غيبوبة تعقبها الوفاة (الموسوعة العربية ص ١٦٦٦) .

أما التعريف الشائع للمخدرات فهو ، كل مايذهب بالعقل ويضر بالصحة ويسبب عادة الادمان ، فمتى توافرت هذه الصفات الثلاث في أية مادة اعتبرت مخدرا ، ودخلت بذلك في نطاق الرقابة التى تفرضها القوانين الدوليه المختلفة . (محمود السباعي ١٩٦٣، ١٠١٧) .

وقد حدد مؤتمر 1961 The Single Convention بعض العقاقير المخدرة وهي الافيون ، والمورفين وبعض مشتقات المورفين وبدائل تلك المواد ، واوراق الكوكا ، والكوكائيين ، ومستحضرات القنب الهندى ، واعتبرت كل هذة المواد من الوجهة العمليــة مخدرات في جميع انحاء العالم ، وقد ترك لكل دولة من الدول ان تضيف اليها ماتعدة عقاقير مخدرة داخل حدودها ، اذا رأت أن هذة العقاقير تؤدى او تهدد بسوء الاستخدام .

(بيجيرو ، ت . عبدالسلام ، ١٩٧٨ /٢٨).

ويتضح من التعريفات السابقة ان العقاقير المخدرة هي مواد طبيعية او مواد مركبة تركيبا معطيا Synthetic لها تاثيرات كيميائيه على الوظائف الحيوية للكائن الحي سواء كان ذلك التأثير تخديرا أو تنشيطا .

ويخلص الباحث هنا الى ان المخدرات هي كل مادة خام او مستحضرة تحتوى على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها اذا اسيء استخدامها ان تؤدى الى حالة من التعود او الادمان مما يلحق الضرر بالفرد والمجتمع .

(٣) الاعتيـــاد : Habituation

وهى الحالة التى يتكون فيها تشوق لتعاطى المخدر بسبب مايحدثه مـــن شعور بالراحة وهذا التشوق ليس وراؤه قوة مكرهة (Forced Power) (مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، الكتاب الرابع ، ١٩٨٥م) .

(٤) الاعتماد النفســى :

وهى الحالة التى تنتج من تعاطى العقــار وتســبب الشعـــور بالارتياح والاشباع وتوالد الدافع النفسى لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتجـــنب الشعور بالقلق أو لتحقيق اللذة (مركز أبحاث الجريمــة ، الكــتاب الرابع ، ١٩٨٥م) .

(٥) الا د مان العضــوى :

تعرفه هيئة الصحة العالمية WHO فى ١٩٧٣م بأنه الحــالة النفســية أو العضوية التى تنتج عن تفاعل الكائن الحى مــع العقــــار (مركـــز أبحـــاث الجريمة ، الكتاب الرابع ، ١٩٨٥م) ويذكر الهاشمى (١٩٧٤) فى تعريف الادمــان أنه يعنى فسيولوجية الجسم وعضويته ووظيفته وقد تغيرت عن السواء الى حــد بعيد بالتعاطى المتكرر للمخدر بحيث يصبح العضو - متعطشـــا الى ذلك المخدر بأى ثمن وفى أى وقت " (ص ١٤٢) ويأخذ الباحث بتعــريف هــيئة الصحة العالمية .

(٦) التعاطـــى : Drug Use

يذكر فرج (١٩٨٢) أن التعاطى من وجهـــة نظـــر التحليل النفسى هو " حالـة انتقـال من الواقـع المحيط الفاشل للذات الى نظام تخيلى عن طـريق التخدير وناجح تماما بالنسبة للمتعاطى وأن كان نجاحـا موقـوتا ومشروطـا بالتخدير " (ص١٦) .

ان التعاطى يأخذ أشكالا ودرجات فنجد هناك :

(–) التعاطى التجريبى Experimental Use ويحدث اجمالا من مرة الى ثلاث مرات — وهو يستخدم بقصـد التعرف عليه كنوع من الخبـــره

(–) التعاطى العرضى (الوقـتى) Casual or Occasional Use لايزيد على مرة أو مرتين فى الشهر .

(–) التعاطى المنتظم Regular Use : الذى يحدث مرة أو عدة مرات فى الاسبوع تبعا لنوع المادة المستعملة .

(–) التعاطى الكثيف أو القهرى Heavy or Compulsive Use ويحصل عادة يوميا ويتمثل فى تناول مقادير كبيرة لعدة أيام بصفة دورية

والمتعاطى كما يراه الباحث فى عينته هو ذلك الشخـص الذى يتعاطـى المخدر مرة أو عدة مرات فى الاسبوع أوبصفة دورية أى بمعنى آخر هو مـايتدرج تحت درجتى التعاطى المنتظم والتعاطى الكـثيف وذلك نظـرا لأن الفـروق بين المتعاطين وغير المتعاطين تبدأ بالظهور فى مرحلة التعاطـى وذلك بالرجـــوع الى أنماط المتعاطين فى الاطار النظرى . ويقصد الباحث بالتعاطى المنتظم "

جامعة أم القرى / مكة المكرمة
١٩٨١
UMM AL-QURA UNIVERSITY MAKKAH

(٧) الشـــبـــاب :

يذكر الشربيني (١٩٦٨) ان فترة الشباب تنقسم الى أربع مراحل وهى : مرحلة المراهقة ، وتمتد من سن ١٢ – ١٥ سنة ، ومرحلة اليفوع وهى التى تشمل سن ١٥ – ١٨ سنة ،ومرحلة الشباب المبكر وهى التى تشمل من ١٨ – ٢١ سنة ، ومرحلة الشباب اليانع والتى تمتد من ٢١ – ٢٥ سنة .

ويذكر جلال (١٩٧١) ان فترة الشباب تنقسم الى ثلاث فترات وهى فترة ماقبل الحلم وتمتد من من١٠ – ١٣ سنة ، فترة الفتوة وهى تمتد من ١٤ – ٢١ سنة وأخيرا فترة الرشد وهى من ٢١ – ٣٠ سنة .

ويذكر الشيبانى (١٩٧٣) " ان فترة الشباب هى محدودة بالفترة الزمنية التى يجتازها الفرد من مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد والذى يتحقق نضجه الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى وعند هذه المرحلة من بدء البلوغ وظهور علاماته الأولية والثانوية الى زواج الشخص وتحمله لمسئولياته كرجل راشد ناضج " (ص ٣٩) .

ويرى الباحث التعريف التالى لعينة دراسته بأن الشباب هى المرحلة التى تمتد من ١٨ – ٢١ سنة وهى ماتسمى بالشباب المبكر ويرجى الباحث فى اختبار هذا السن هو كونه مرحلة تتسع فيها خبرات الفرد وعلاقاته ويزداد تبعا لذلك تأثير العوامل النفسية فى سلوكه ونجد فى هذه المرحلة قداكتمل النضج الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماع للشاب ويتصورها الباحث بأنها " مرحلة الطفل الرجل " حيث يعامل الشاب تارة بأنه رجل وتارة أخرى بأنه طفل .

(٨) مقياس الانتماء الأسـرى :

يظهر أصحاب الدرجات المرتفعه على هذا القياس سؤ توافق فى حياتهـم المنزليـه والأسـريـه . طاهر ، (١٩٨٦م)

(٩) مقياس الاجتماعيه :

يميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات عاليه على هذا المقياس الى الخضوع والانسحاب والتقهقر فى اتصالاتهم الاجتماعيه طاهر (١٩٨٦م)

(١٠) مقياس الاتساق الذاتـى :

وهو يقيس مدى توافق الفرد مع ذاته ، فالأشخاص الذين يحصلون على درجات عاليه فيه يميلون الى عدم الاتزان الانفعالى كما أنهم يميلون الى عدم التوافق الصحى (طاهر ، ١٩٨٦)

(١١) مقياس توهم المرض : Hyopchondriasis

يختص هذا المقياس بالاهتمام المبالغ فيه لوظائف الجسم ، والذى يفتقر الى سبب عضوى . والاشخاص الذين يحصلون على درجه مرتفعه على هذا المقياس يتصفون بقلـة النضج فى معالجة المشكلات ، ويفتقرون الى الاستبصار فى الأمور ذات الصله باجسامهـم (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٢) الاكتئاب:

أصحاب الدرجات العليا على هذا المقياس يتصفون بروح معنويه متدنيه وهـم متشائمون يائسون يحسون بالعجز فى النظر للمستقبل بتفاؤل ، قليلو الثقه بالنفس حذرون ، يرون أن اتجاهاتهم هى الاتجاهات الواقعيه الوحيدة (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٣) مقياس الهستريا :

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعه على هذا المقياس من أعراض مرضيه معديه ومعويه وقلبيـه ، اضافة الى شكواهم من الشلل ، حياتهم خاليه مما يثير الاهتمام ، يشكون من عدم القدرة على التركيز أثناء القيام بعمل ما . (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٤) مقياس البارانويا : Paranoia

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعه على هذا المقياس من أوهام العظمه والاضطهاد ويشعرون بأنهم يفتقدون لمن يفهمهم فى هذه الحياة (طاهر، ١٩٨٦)

(١٥) القهـــار: Psychasthenia

أصحاب الدرجات المرتفعه على هذا المقياس يميزهم القلق والمخاوف المرضيه أو السلوك القهرى (طاهر، ١٩٨٦)

(١٦) مقياس الفصام : Schizophrenia

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعه على هذا المقياس من الشعور بالانقباض فــى كثير من الأحيان ويجدون فى أنفسهم رغبه فى ايذاء الآخـرين ويشكون فى الآخريـــن كما يعانون من بعض الاضطرابات الجسميه (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٧) مقياس الهوس الخفيف : Hypomania

يشبه من يعانى من الهوس الخفيف أولئك الأشخاص الذين يوصفون بأنهم ذوو طموحات عاليه شبها كبيرا . لذا فالشخص الذى يعانى من الهوس ينحرف قليلا عن الشخص العادى . ويمتاز من يحصل على درجات عاليه فى هذا المقياس بأنـــــه كثير الاهتمامات والمشاغل مما ينجم عنه مشكلات يقع فيها نتيجة انغماســه فى العديد من النشاطات فى آن واحـــــــد (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٨) مقياس الانحراف السيكوباتى : Psychopathic Deviate

يمتاز الشخص الذى يحصل على درجة عاليه من هذا المقياس بعـــدم قدرتـــه على الاستفادة من خبرته ،وهو لا يتقيد بالمعايير الاجتماعيه كما يشعـــر بأنه مظلوم فى حياته الخاليه مما يثير الاهتمام ولا يستطيع تركيز ذهنه أثناء قيامـــه بعمل ما ويشعر بمعارضه أسرته والناس من حولـــه (طاهر ، ١٩٨٦)

(١٩) مقياس الانطواء الاجتماعى : Social Introversion

يمتاز الشخص الذى يحصل على درجة عاليه على هذا المقياس بأنــــه يعانـــى من صعوبة فى الاختلاط بالناس وهو حذر ويشعر بأنـه من الســـــهل هزيمته فى المناقشات كما يتضايق لو صار محط لمزاح الآخـريـن (طاهر، ١٩٨٦)

الأدوات :

لقد استخدم الباحث الادوات التاليـــة :-

١- مقياس مكة للشخصيـــة اعداد طاهـــر (١٩٨٦) وهو مطبق على مجتمع المملكة العربيـــة السعوديـــة .

٢- استمارة الخلفية الاجتماعيـــة من اعـداد الباحث.

وسوف يتم الحديث بالتفصيل عن ادوات البحث فـي الفصـل الرابـع من هذا البحث ان شـــاء الله .

الخطة العامة للبحث :

لايشك أحد بأن الالتزام بأسلوب المنهج العلمى ضرورة لاجراء أى بحث أو دراسة يتطلب فيها القياس الموضوعى لضمان صدق النتائج وثرائها مما يجعلها تقفز الى مرتبة عمليا من التصميم ، وان انتظام المعلومات واتساقها داخل فصول أى بحث علمى يثرى بلاشك معلوماته ويمتع القارى له .

لذلك فقد قام الباحث عند اعداده لهذا البحث بالالتزام بالمنهج العلمى لكي تخرج نتائج هذا البحث مناسبه لاهدافه ، لذلك فان خطوات البحث قد سارت على النحو التالى :-

أولا : كان لزاما على الباحث تكوين اطار نظرى للبحث يشتمل على النواحى التالية :

(أ) دراسة تعاطى المخدرات من أكثر من وجهة نظر اجتماعيا وقانونيا وتاريخيا ونفسيا واسلاميا .

(ب) تعريف المخدرات لدى أكثر من باحث ومهتم .

(جـ) بيان أنواع المخدرات وآثارها النفسية والعضوية على متعاطيها .

(د) ايضاح تصنيف وأشكال تعاطى المخدرات .

(هـ) بيان آثار تعاطى المخدرات على الفرد والمجتمع .

(و) اعطاء خلفية كاملة عن مشكلة تعاطى المخدرات .

(ز) أهمية ومفهوم الشباب وخصائص مرحلة الشباب .

(ح) خصائص المجرمين من الشباب .

ثانيا : استعراض الباحث لنتائج الدراسات السابقة فى مجال البحث وتشمل الدراسات داخل وخارج دول مجلس التعاون الخليجى سواء فى الوطن العربى أو خارجه .

ثالثا : تحديد مشكلة البحث وتساؤلاته .

رابعا : تحديد مصطلحات البحث .

خامسا : عرض لمنهج البحث وأدواته وعيناته .

سادسا : اجراء الاختبارات وتحليلها .

سابعا : الوصول الى نتائج البحث والتوصيات .

الفصل الثاني

- خلفية عن المشكلة
- العوامل التي ساهمت في المشكلة .

- أنواع المخدرات وآثارها النفسيه والعضوية
- تصنيف وأشكال تعاطي المخدرات
- آثار تعاطى المخدرات
- تعاطي المخدرات والشباب
- التفسيرات النظريه حول تعاطي المخدرات
  - النظرة الاجتماعيه
  - النظرة القانونية
  - النظرة التاريخية
  - النظرة النفسية
  - النظرة الاسلامية

خلفية عن المشكلة :

لقد أشتدت وطأة المخدرات وزاد انتشارها بين الصغار والكبار سواء بصورة فردية أو جماعية وبذلك سوف تهدد بانهيار المجتمعات الانسانية ولاسيما اذا أصبح متعاطيها من صغار الشباب . يذكر عيد (١٩٧٩) "أنه أثبتت البحوث والدراسات أن تعاطى المخدرات ينتشر بين الشباب بصفة خاصة وأنه يتجه الى الانتشار بين الأصغر سنا عن الأكبر سنا." (ص ١٤) ويذكر عيد (١٩٨٦) أيضا "أن وثائق هيئة الرقابة الدولية على المخدرات تشير الى أن مستوى تعاطى الحشيش والكوكائين والأفيون والهيروين والأمفيتامينات والباربيتورات مازال مرتفعا فى معظم أنحاء العالم." (ص ٣٧) .. لايخفى علينا أن الشباب فى أى أمة هو المحور الأساسى لنهضتها ومعقد آمالها والدرع الواقى الذى تعتمد عليه فى الدفاع عن كيانها ، فكيف اذا كانوا هم من المتعاطين ونحن نعلم أنهم يؤثروا ويتأثروا بمن حولهم ويعتقد الباحث أن تناول وتعاطى المخدرات من قبل الشباب هو فى حد ذاته مشكلة حيث تشير دراسة القمص (١٩٨٦) بقوله " أن نسبة المتعاطين للمخدرات فى الولايات المتحدة الأمريكية من صغار الشباب لسن ١٥ - ٢١ تبلغ ٢٠ - ٤٠٪ من تلاميذ المدارس الثانوية و ٣٠ - ٥٠ ٪ بين الطلبة فى الجامعات الأمريكية ، أما فى بعض الدول الأوربية فالنسبة تتراوح بين ١١ - ٢٣ ٪ لطلبة المدارس الذين تعاطوا المخدرات لأول مرة ، وفى الهند وجد أن نسبة ٥ ٪ من مجموع الطلبة يتعاطون المخدر الحشيش باستمرار وأن نسبة ٥ ٪ من الذكور و ٨ ٪ من الطالبات تعاطوا هذا المخدر مرة على الأقل." (ص ٢) " .

ويرى الباحث أن تعاطى المخدرات لهذه الشريحة فى مجتمعنا السعودى يعتبر بسيطا اذا قورن بنسب بعض الدول العربية والأجنبية الا أن ذلك لايعنى أن هذه الصور من التعاطى لهذه الفئة من الشباب غير موجودة بل أن نسبة التعاطى للمخدرات مرتفع فى هذه الفئة اذا قورن بالمشكلات الأخرى التى يرتكبوهـا ، ففى دراسة عبدالفتاح (١٤٠٤) أورد جدول يبين الحالات التى دخل على أثرها الجانحين الى دار الملاحظة بجده والتى كانت تمثل عشرة صور من حالات الاتهام حيث تأخذ المخدرات المرتبة الثانية فى القائمة بعد السرقة (ص٦٣) .

وغالبا مايبدأ المرضى فى تعاطى الحشيش قبل سن العشرين (سويف ، ١٩٦٧) وقد جاء فى تقرير المعهد الدولى لتعاطى المخدرات فى تقرير عام ١٩٨٠ والتقرير الذى قدمه Miller فى نفس الدراسة يشير الى أن نسبة الشباب الذين تتراوح سنهم بين ١٨ - ٢٥ سنة والذين جربوا تدخين الماريوانا حوالى ٤٪ عام ١٩٦٢ وقد قفز هذا الرقم ليصل نسبته الى ٦٨٪ عام ١٩٨٠ ، أما عن انتشار تعاطى المخدرات الأخرى غير الماريوانا فقد تزايدت من نسبة ٣٪ الى ٣٣ ٪ فى نفس الفترة أى من عام ١٩٦٢ - ١٩٨٠م (Dan, J. ، ١٩٨١)

ويرى الباحث أن حجم جرائم المخدرات فى دول العالم المعلن عنها حسب ماتظهره الاحصائيات المتوفرة هى أقل بكثير من الحجم الواقعى نظرا لكون تعاطى المخدر

يحصل اجمالا بسرية . وتشير الاحصائيات الرسمية لجرائم المخدرات وفقا لاحصاءات مكتب المخدرات والعقاقير الخطرة بالولايات المتحدة الأمريكية Houser (١٩٦٩) تبين أن سكان مدينة نيويورك وهي أكبر المدن الأمريكية تصل نسبة الأدمان على المسكنات فيها الى ٥٠٪ من مجموع السكان (ص ٣٥) .

ولو رجعنا الى كمية المخدرات المضبوطة في المملكة العربية السعودية بصفة عامة والمنطقة الغربية بصفة خاصة كونها محور الدراسة فانه يذكر الكتاب الاحصائي لوزارة الداخلية (١٩٨٥) بأن عدد قضايا المخدرات لذلك العام ٣٨٢٢ قضية وتأخذ المنطقة الغربية أكبر نسبة حيث تبلغ ٢٨٫٤٪ من مجمل القضايا وتؤكد الاحصائية أن هناك زيادة في عدد القضايا عن عام ١٩٨٤م بنسبة ٢٩٫٧٪ وبالرجوع الى نسبة جرائم المخدرات فنجدها بلغت ٢٨٫٢٪ من جملة الأسباب وتشير الاحصائية أيضا عن كمية المخدرات المضبوطة عام ١٩٨٥م فكانت المخدرات الموزونة ٨١٨٤٫٢٧٠ كجم ، والمقدرة بالحبة تبلغ ٨٠٦٤٫٤٨ حبة ، وتشير الاحصائيات التي نشرتها الأمم المتحدة مؤخرا أن هناك مايزيد عن عشرين مليون مرضى مخدرات في أنحاء العالم وتعاني دول العالم الثالث من زيادة هائلة في نسبة اعداد المدمنين بها (الجبلي ، ١٩٨٧) ، كما يذكر التقرير الخاص بالمؤتمر الرابع لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات في الدول العربية والتي نشرته جريدة المدينة السعودية بعددها ٧٤٤١ في ١٩ محرم ١٤٠٨هـ بأن الكميات المضبوطة خلال السنوات الأخيرة من عام ١٩٨٠م لغاية ١٩٨٦م وتتمثل هذه الكميات في أربعة عشر بلدا عربيا فيما يلي :-

٤٣٨ طن حشيش ، ٦٢٣ كيلو زيت حشيش ، ١٠٧٤ كيلو أفيون ، ٥٨٤ كيلو هيروين ، ٤٣ كيلو كوكائين ، ٥٥م٦٧ر٢٥٣ حبوب مخدرة منها ٣٥ر٢٢ر٤١٦ حبة كبتاجون Captagon .

وانه فى عام ١٩٧٥م أشارت بحوث القوات المسلحة فى النرويج الى أن نصف من يستعملون المخدرات قد بدأوا قبل سن الخامسة عشرة كما أشارت صحيفة استبيان تم توزيعها فى مدارس استوكهولم عام ١٩٧٠/١٩٧١م أن تلميذا من كل ثلاثة تلاميذ قد جرب استخدام المخدرات مرة واحدة على الأقل كما أن هناك احصائيات تشير الى تزايد عدد المتعاطين من الأطفال فى أمريكا وفرنسا وانجلترا وايطاليا وأستراليا وكثير من دول العالم الثالث .

وأصبح تعاطى المخدرات وتهريبها والاتجار فيها من المشكلات الكبرى التى تجتاح العالم حيث تشير الاحصائيات فى عام ١٩٧٥م الى أن عدد من يتعاطى الحشيش من سكان العالم يتراوح بين ٤٠ - ٥٠ مليون نسمة ومدمنوا الهيروين ٢ مليون نسمة ومدمنوا الكوكائين ٥ر٠ مليون نسمة .(مركز أبحاث الجريمة ، ١٩٨٥) .

ويذكر جون سيناكور وانجلا John & Angela (١٩٨١) تحت عنوان مجتمعنا الموجه نحو المخدر مامضمونه أن جميع فئات المجتمعات فى أوربا وأمريكا تتعامل مع المخدرات وبدرجات متفاوتة بين الاقبال والاعتياد والادمان ويؤكد أن المرضى يضغطون على الأطباء لاعطائهم وصفات طبية تعتمد فى تركيبها على المخدر. وان من يتعاطى المخدرات اعدادهم تتزايد كل يوم فى هذه المجتمعات الزاخرة بالصناعة والتقدم العلمى والتكنولوجى . وليس هناك فارق فى أعمار من يتعاطون المخدرات فمنهم الصغار والمراهقون والشباب وكبار السن سيدات ورجالا ويقول : أن هناك مابين ٨٠٠ - ٩٠٠ نوع من المخدرات تستعمل على نطاق واسع فى الولايات المتحدة الأمريكية" . ص(٢٥٥)

وكل ذلك يرجع الى مايعانيه الشباب من اخفاق فى الحياة واضطهاد اجتماعى وحرمان من رعاية الوالدين وعطفهما ومايشعر به من قلق وخوف وضياع بالاضافة الى أن الدعاية الضخمة التى تبثها أجهزة الاعلام الغربية عن المخدرات والتى تظهر فى صورة شعارات خادعة تدفع كثيرا من الناس الى الاقبال عليها وذلك بأن ابتدع المعلنون التجاريون مرضا وصفوا أعراضه العامة وصفا مشوبا بالغموض وشخصوا العلاج اللازم الذى صنعوه بأنفسهم ودعوا الى استعماله وشرائه . يشير تقرير حول اصلاح التعليم فى الولايات المتحدة الأمريكية أنها تنفق فى العام الواحد ٦٣ مليار دولار على الادمان (John and Angela 1981) انها حقيقة مزعجة ومقلقة ليس فى الغرب أو فى أمريكا وحسب ولكن تصل الى قلق العالم بأكمله كونها خطيرة وأنه ينبغى علينا أن نضع القضية فى حجمها الطبيعى دون مبالغة أو استهانة لنقف على أول الطريق السليم لمواجهة المشكلة .

العوامل التي ساهمت في المشكلة :

تعتبر المملكة العربية السعودية هى احدى دول الخليج العربى ، حيث نلاحظ المسئولون فى دول الخليج العربى يشعرون بقلق بالغ نتيجة تزايد أعداد الشباب المتعاطى للمخدرات وبالرغم من قلة البيانات والاحصائيات المتوفرة عن هذا الموضوع الا أن المؤشرات تبين أن المشكلة تتفاقم يوما بعد يوم مما حدا ببعض هذه الدول الى تعديل قوانينها واجراءاتها الأمنية واستحداث أقسام ومستشفيات خاصة لمكافحة الادمان على المخدرات (مصيقر ، ١٩٨٥) .

ونظرا لعدم وجود دراسات وبحوث تتعلق بأسباب انتشار المخدرات فى المملكة العربية السعودية الا أنه من المعتقد أن هناك بعض العوامل التى ساهمت بشكل أو بآخر فى تفشى هذه المشكلة فنجد من ضمن هذه العوامل :-

(١) الموقع الجغرافى :

تقع المملكة العربية السعودية فى شبه الجزيرة العربية والتى يحدها دول الخليج العربية وتعتبر المنطقة الخليجية بصفة عامة منطقة قريبة من منطقة الهلال الذهبى (باكستان - ايران - أفغانستان) وبلدان شرق آسيا المنتجة للمخدرات . كما والذى يتبع ذلك من الاهمية تكدس . أعداد كبيرة من السفن فى المرافئ البحرية وهذا بدوره شجع تجار المخدرات فى الاعتماد على البحارة فى تهريب المخدرات ، اضافة الى ماتتمتع به المملكة بسواحل واسعة .

(٢) السفر والرحلات خارج المملكة :

أتاح الثراء المادى الذى يعيشه بعض الشباب فى المملكة الى اجتيازهم الحدود واختلاطهم مع ثقافات جديدة تشجع تعاطى المخدرات ، ومن الظواهر الملفتة للنظر صغر عمر الشباب الذى يسافر الى الخارج ، فالأسرة لاتمانع فى اعطاء ابنها البالغ من العمر ١٦ سنة مبلغا يكفيه للسفر والتنقل من حياة الى أخرى تتوفر فيها كل الاغراءات ، لذا فلا غرابة أن يعود هذا الابن وجيبه محمل ببعض المخدرات . الا أن المملكة فى الآونة الأخيرة راعت هذا الموضوع وحددت أن لايقل عمر المسافر من الشباب عن ٢١ سنة اذا كان بمفرده الا باذن من ولى أمره .

(٣) التغيير الاجتماعى :

لاشك أن ظهور النفط فى المملكة أدى الى حدوث تغيرات جذرية فى المجتمع أدت الى اختلال فى المعايير والقيم الاجتماعية السائدة وبذلك ظهرت العديد من المشاكل والضغوط النفسية مثل النزعة الفردية والصراع بين القديم والحديث والتفكك الأسرى ودخول ثقافات مختلفة فى المجتمع وقد انعكست كل هذه المشاكل على الجيل الجديد الذى وجدوا أنفسهم فى موقع يتطلب التكيف مع هذه التغييرات

(٤) التركيب السكانى :

يدل توزيع الفئات العربية لسكان دول الخليج العربى - والتى يدخل ضمنها المملكة - أن هذه الدول تتمتع بقاعدة عريضة من الأطفال والشباب مما يدل على أنها مجتمعات شابة وفتية . وان هذا التركيب السكانى يتميز بوجود نسبة كبيرة من الأحداث والشباب (القطب ، ١٩٨٥) .

(٥) العمالة الوافدة :

تعتبر العمالة الوافدة من أهم الظواهر الاقتصادية والسكانية التى حدثت فى المملكة العربية السعودية خمس عشره سنة الماضية فقد أدت فرص العمل للعمالة الأجنبية بخاصة الأسيوية وهذا بدوره خلق تغييرا فى التركيبة السكانية انعكس بدوره على الوضع الاجتماعى فلقد جلب بعض العمال الوافدين معهم انحرافاتهم وسلوكياتهم التى تختلف عن ماهو موجود فى المملكة . ومما يعزز دور العمالة الوافدة فى المشكلة هو الاحصائيات المتعلقة بجنسيات المقبوض عليهم فى تهم التهريب والاتجار فى المخدرات وان معظم الوافدين المقبوض عليهم فى تهم التهريب أو التعاطى ينتمون الى مناطق تعانى من مشكلة الاتجار وادمان المخدرات مثل الهند وباكستان وايران ومصر ولبنان ، كما ان الظروف الاجتماعية التى يعيشها الوافدين الجدد قد تساهم فى تنمية السلوك المنحرف عند بعضهم ويذكر رضا (١٩٧٥) " ان أكثر المهاجرين غالبا مايجد مستقره الأول الاحياء والاماكن الفقيرة التى لاتتوفر فيها الظروف الصحية والمعيشية المناسبة وفى هذه الوضع قد يكشف الوافد عن فوضى فردية فى حياته نتيجة للفوضى الاجتماعية التى يعيشها . وهنا يكون الاحتمال أقوى أن تبرز الأمراض الاجتماعية مثل انحراف المراهقين والبغاء والأمراض العقلية والادمان على الكحول والمخدرات " (ص ٢٤) .

(٦) ارتفاع المستوى الاقتصادى :

لاشك ان الازدهار الاقتصادى الذى خلفه اكتشاف البترول أدى الى ارتفاع فى دخل الأفراد وبطبيعة الحال ازدادت القدرة الشرائية لهم مما جعلهم يسرفون فى الانفاق وأصبح الشباب يعيش فى حالة من الوفرة لم تعرفها حتى بعض

المجتمعات المتقدمة مما دفع بعضهم الى الانحراف عن التعليم والتفرغ للاستمتاع الغير مفيد دون أية مسئولية (حجازى ، ١٩٧٨) وبهذ فان القدرة الشرائية لبعض الشباب أدى الى سهولة حصولهم على المخدرات ، وبطبيعة الحال مع ازدياد القدرة على الدفع ارتفعت أسعار المخدرات - فهى عرض وطلب كأى سلعة تجارية .

(٧) مشكلة الفراغ :

تعتبر مشكلة قضاء وقت الفراغ من أكثر المشاكل التى يواجهها الشباب فى دول الخليج وأن النقص فى الفرص المتاحة لاشباع رغبات وحاجات الشباب من العوامل المؤثرة بشكل مباشر على نموشخصيتهم واتمام نوازعهم وقدراتهم على التعامل مع المجتمع (البنيان ، ١٩٨٠) ولقد تبين أن هذا النقص موجود فى جميع الدول الخليجية والعربية بدون أستثناء ومما يفاقم المشكلة الدور الكبير الذى يلعبه أصدقاء السوء فى قضاء وقت الفراغ فالكثير من الشباب بدأ فى تعاطى المخدرات نتيجة الفراغ وصحبة السوء الذى بدوره شجع على التعاطى (مصيقر ، ١٩٨٥) .

(٨) وسائل الترفيه المصورة :

تعتبر الأفلام السينمائية وأفلام الفيديو أحد الأشكال الترفيهية الغير منظمة والتى دخلت الأسرة السعودية الكبيرة منها والصغيرة ، الغنية منها والفقيرة ونجد عدد كبير من الشباب يقضون وقت فراغهم على رؤية أفلام يدخل ضمن موادها الرجل البطل والمرأة البطلة والتى لاتخلو فى نفس الوقت من بعض الاشارة حول استخدام البطل لمادة مخدرة التى ربما تثير فى نفس الشباب حب التقليد " imitation " أو مايسمى بالقولبة ويذكر شاولى (١٩٨٢) ليس

كل قدوة يؤثر نفس التأثير فى جميع المشاهدين اذ أن خصائص القدوة وصفاته الشخصية تلعب دورا مهما فى التأثير فى مشاهد ما كما وأن هناك فروق فردية بين المشاهدين فى مقدار تأثرهم بقدوة ما تبعا لدرجة وعى ونضج وحالة المشاهد النفسية وبيئته الاجتماعية ومقدار رغبته واهتمامه بما يعرض أمامه ودرجة استعداده لتعامله معها ص.(٢٦) • وهذا مايؤكد أن وسائل الترفيه المرئية والمسموعة تؤثر على من لديه استعداد لتعاطى المخدرات ،

انواع المخدرات وآثارها النفسية والعضوية :

الأفيون ومشتقاته : Opium

يستخرج الأفيون الخام من ثمرة نبات الخشخاش Papaver Somniferum

وثمرة الخشخاش بيضاوية الشكل ينساب منها عند شقها سائل حليبي اللون يتجمد عند تعرضه للهواء ويحتوى الأفيون الخام على المورفين morphine بنسبة ١٠ ٪ والنوسكابين Noscapine بنسبة ٦ ٪ والبابافرين papaverine بنسبة ١ ٪ وكذلك الكودايين Codeine والثيابيين Thebaine والنارسيين Narceine. (الأمم المتحدة ، ١٩٨٢)

تأثير الأفيون ومشتقاته على المتعاطى :

" يعتبر الافيون ومركباته منبهة للجهاز العصبي المركزي ومهبطة في آن واحد فهى تسكن الألم وتضعف التنفس والسعال وتسبب الاسترخاء والهدوء والشعور بالنشوة أحيانا وبالاكتئاب وانحراف المزاج ، وأحيانا يصاب من يتعاطى المورفين بالهياج العصبى الشديد ويقوى المورفين تأثير المسكنات العظمى ومضادات الاكتئاب ويمتص المورفين بسرعة فى مكان الحقن ويتم تمثيله وابطال مفعوله فى الكبد ثم يفرز فى البول ويسبب المورفين والمشتقات الأخرى تسكين الألم بالتحام جزئى المخدر بالمستقبل الخاص على غشاء الخلايا العصبية التى تدرك الاحساس بالألم . وقد ثبت من الدراسات الحديثة أن المخ والغدة النخامية يصنعان مواد تشبه تركيب المورفين الكيمائى ويستخدم المورفين طبيا فى علاج الألم الشديد والقلق المصاحب للصدمة التى تلى النزيف والقئ الدموى والاسهال والسعال واضطراب التنفس الناتج من فشل البطين الأيسر للقلب ولاحداث الشعور بالراحة فى مرضى السرطان المستعصى فى أطواره الأخيرة . وقد يتفاعل المورفين فى الجسم مع بعض مضادات الاكتئاب والمهدئات العظمى وتتبع هذا التفاعل نتائج ضارة." (الامم المتحدة ، ١٩٨٢)

الكوكايين : *Cocaine*

هو المادة الفعالة التى تحتوى عليها أوراق نبات الكوكا ويوجد الكوكائين النقى على شكل مسحوق أبيض ناعم يستنشقه المتعاطى ويسبب الكوكائين الشعور بالخفة والنشاط وزيادة الحركة والسلوك العدوانى (الأمم المتحدة ١٩٨٢،)

تأثير الكوكائين على المتعاطى :

" يسبب الكوكائين اولا لتخدير الموضعى عند ملامسته للجلد أو الأنسجة المخاطية ويستخدم على صورة محلول تركيزه ٤ % حيث يمتص من الجلد أو النسيج المخاطى بسرعة ويسبب الكوكائين توقف الاشارات الكهربائية فى الأعصاب الطرفية كما يمنع امتصاص الموصلات - الكاتكول أمينية - فى النهايات العصبية للاعصاب السمبتاوية فيؤدى الى اتساع بؤبؤ العين وانكماش الأوعية الدموية وسرعة النبض وعدم انتظامه كما يؤدى الى تنبه الجهاز العصبى المركزى فيسبب كثرة الحركة والكلام وعدم القدرة على الاستقرار ثم رجفة اليدين والساقين ثم الهياج العصبى والشحوب وتصبب العرق البارد وسرعة التنفس وزرقة الجلد ثم النوبات الصرعية ." (الأمم المتحدة، ١٩٨٢) ويؤدى التسمم بالكوكائين الى عدم انتظام دقات القلب وهبوطه والتشنج (شوقى ، ١٩٨٥) .

ويستعمل في الطب كمخدر موضعي في عمليات العيون والانف والحنجرة وألم الاسنان (منصور ، ١٩٨٢)

١ـ نبات القنـــــــب (الحشيش)

كلمة القنـــب هي الاســم العلمي اللاتيني لهذا النبات . ويطلق عليه القنب الهندى كنابيس انديكا (CANABIS)

وكنابيس ساتاتيفا (CANABIS STATIVA)

والقنب الهندى (CANABIS INDICA)وهوا لاسم . او المصطلح العلمي ـ أمـــــا كلمة . حشيش . فهي مصطلح شعبي ـ بقصد التعبير عن المادة المخدرة المستخلصـــــة من نبات القنب الهندى . وترجع كلمة (CANABIS) كما يقول . ايمز . (AMBS) في اصلها الى الكلمة اليونانية (KOVADOS) ومعناها ضوضاء . نسبة الى ضوضاء المتعاطين في أثناء جلسة التعاطي .

والطريقة الشائعة للتعاطي . الحشيش . هي تدخينه مع الدخان في (الجوزة) أو السجائر والبعض يتعاطاه أكلا بغير طهو أو بعد طهوه مع الحلوى . أو فـي السلـــي . والبعـــض الآخر يبتلعه على شكل حبيبات صغيرة تشبه حبات الفول . ويطلق عليها اسم "الفولــــــة". (رسلان ، ١٩٨٠) .

مسميات النبات المتعارف عليها في بعض الدول :

ان البلاد التي تزرع القنب . والتي عرفته . اطلقت عليه أسماء دارجة . تعرفـــــت عليها . ونذكر منها :

١ـ الحشيش في منطقة الشرق الاوسط ولبنان .

٢ـ الماريهوانا (MARIHUANA) في الولايات المتحدة الامريكيه . والمكسيك . ومعظم الدول الأوربيـــــة .

٣ـ الأنديان همب (INDIAN HEMP) في بريطانيا .

٤ـ د يجـــــا (DEGGA) في جنوب أفريقيا .

٥ـ الجانجا (GANGA) فـي الهنـــد

٦ـ الكيـــــف (ELKEFF) في المغـرب العربي

٧ـ كنجـــــة (KAMANGA) فـي السودان ومصر (رسلان ، ١٩٨٠)

المخدرات الصناعية المشتقة من نبات القنب:

١ـ الماريهوانــــة : (MARIHUANA)

في كندا . وفي الولايات المتحدة الامريكية وأمريكا اللاتينيه يطلق على هـذا المخدر كلمة" ماريهوانا " (MARIHUANA) وهي ترجع الى أصل اسبانـــــي

ومشتقة من كلمة (HALHIVA) وهذه أصلها (HALLIH) ومعناهـــا سجين والمعنى العام لهذه الكلمة بمقاطعها ، هو أن النبات يستعبد الغرف .

وتفسر هذه الكلمة تفسيرا آخر بأن أصلها برتغالي ،ومشتقة من كلمـــة (HARAHCUAHO) ومعناها التخــــدير (رسلان ، ١٩٨٠) .

والماريهوانـة مخدر مشتق من نبات القنب، وهو الاسم الدارج ، والمتعارف عليه في الولايات المتحدة الامريكية ، والمكسيك ، ومعظم الدول الأوربية .

والماريهوانـــة تعبأ في علب كبريت ، أو في زجاجات صغيرة مختلفة " بلاستيكية " . أو في أوعية صغيرة لبيعها بالتجزئة والسيجارة المحتوية على الماريهوانة تكـــون أقصر ، وأرفع من الانواع التجارية ، وذات طرفين مثنيين الى الداخل ، أو مفتولين . وكثيرا ما يؤتى بسجاير " فلتر " عادية " ويفرغ ما فيها من تبغ . ثم تعبأ . بالماريهوانـــــــة ولكن مالم يفتل طرف السيجارة أو يجدل . تسقط منها الماريهوانة ... الناعمـــــــة وقد تدخن " الماريهوانـــة عادة في السجاير . او بواسطة النارجيله (الشيشــــــة) او الغليون . او توضع في الورق المعدنـي الفضـــي (المغربي ، ١٩٦٠) .

والماريهوانـة وريقات " وتنقسم ورقة الماريهوانـــة "الى عدد مفرد (٥ ، ١٥ ، ١٧ ، ١٩ .... الخ) من الوريقات المنشارية ، وهي مادة مخدرة خضراء .

والأسلوب الشائع في معظم بلاد العالم هو لف أوراق ، وزهور نبات القنب الجافه المجروشه (الماريهوانـــــة) في سجاير ، وتدخينها ، وأحيانا تدخن في "البايب" ويتم التدخين في مجموعات ،وفي أماكن مخصصة ، يعرفهــــا المتعاطون ، ويطلق عليها في الولايات ـــ المتحدة الامريكية والدول الاوربية لفظ (TEA PARTES) (المغربي ، ١٩٦٠)

٢ـ سائل ،أوزيت الحشيش:

يستخرج من نبات القنب سائل يشبه زيوت الالات ، وقد أمكن في السنوات الاخيرة استخراج سائل زيتي من نبات القنب (CANNABIS INDIKA)

او كنابيس ساتيفا (CANNABIS SATIVA)

سمي بزيت الحشيش ، او سائل الحشيش ، ويتم استخراج هذا السائل في معامل سرية ، وذلك بخلط القنب العشبي بالكحول ، ويوضع داخل غرف ،او في خزانات كبيرة ذات منافذ ، وتسخن ، ويخرج الناتج على شكل بخار يمر من المنافذ ويجمع في وعاء آخر ويتم تكثيفه . وهذا السائل يحتوى على نسبة عالية جدا من مادة الكنابينول " الفعالة . ويضاف الى الحشيش السائل من ٨ : ١٦ ضعف وزنه من مسحوق اوراق النباتات لانتاج الحشيش في صورته المألوفة .

(رسلان ، ١٩٨٠)

٣- مسحوق الحشيش أو بودرة الحشيش:

يعد مسحوق الحشيش من أوراق ، وزهور نبات القنب. بعد طحنها وتحويلها الى مسحوق ناعم . يسمى : " مسحوق الحشيش" ، أو بودرة الحشيش ويعرض للبيع على النحو الذى يسهل تهريبه (رسلان ، ١٩٨٠)

الآثار المباشرة للتخدير بالحشيش:

يقول التقرير الصادر عن لجنة المخدرات الخطرة بالولايات المتحدة الأمريكية أن الآثار البدنية التى تحدث للغالبية من المتعاطين . والتى تظهر بعد حوالى ساعه من بدء التخدير تتلخص فى الأعراض التاليــة :
أرتعاشات عضلية- زيادة فى ضربات القلب- سرعة فى النبض- شعور بسخونة فى الرأس- دوار - برودة فى الاطراف- شعور بضغط وانقباض فى الصدر- اتساع فى العيون - تقلص عضلى - قئ فى بعض الحالات .
ويضيف التقرير بان هذه الاستجابات قد تزيد فى شدتها تبعا للحالة ثم تنتهى بالنــوم.
ويتفق " بوكية " (BOQUOT) وهو من الثقات فى دراسة هذا الموضوع فى نتائج دراساته مع نتائج التقرير السابق فى بعض الآثار ، ويزيد عليها أعراضا وآثار أخرى ، وان كان يفرق بين آثار التخدير الناشئه عن التعاطى عن طريق التدخين ، والآثار الناشئه عن التعاطـى عن طريق أكل المخدر مباشــرة .
وتلخص نتائج " بوكية " تتمثل فيما يلــى :
جفاف بالفم ، مع التهاب فى الحلق ،قد يحدث سعالا واحمرارا فى العيون ، برودة فـى الاطراف تزيد فى حالة التعاطى عن طريق الاكل - عدم توازن وتآزر حركى فى الجلوس والمشى - الاحساس بلفحات باردة (وساخنة) على الوجه تقلصات عضلية - دوار ودوى بالاذن - احساسات حسمية خاطئة - غثيان وقئ احيانا - انخفاض ضغط الدم - سرعة وزيادة فى النبض.
وتتفق هذه النتائج مع النتائج التى وصل اليها " وولف ".
من دراساته على المتعاطين فى بعض بلدان أمريكا اللاتينيه . وبخاصة فيما يتعلــق بالاعراض أو الآثار التاليــة :
انخفاض ضغط الدم - احمرار العيون واحتقانها - برودة الاطراف - عدم التوازن أو التآزر العضلى مع ضعف المبادأة الحركية - جفاف الغم- سرعة فى النبض- الاحساسات الجسمية الخاطئــة او الوهمية- كالشعور بطول الاطراف- الشعور بتراخى الجسم مع الرغبة فى القــئ .
(المغربى ، ١٩٦٠)

الآثار النفسية والعقلية لتعاطي الحشيش :

اولا : اضطراب الادراك الحسى والتذكر والتفكير .

ثانيا : اضطراب الوجدان .

اما عن شخصية الحشاش ــ كحصيلة نهائية لفترات طويلة من تعاطي المخدر ، فقد بينت الدراسات الاجنبية ـ كما بينت الدراسات التي أجريت في البيئه المصرية أن هذه الشخصية يمكن أن تتسم بالسمات التالية : بعضها أو كلها تبعا لأحوال المتعاطي وظروفه :

١ـ انخفاض المستوى الذهني والكفاية العقلية .

٢ـ الخمول والبلادة والاهمال وعدم الاكتراث مع سلبية وتدهور في مستوى الطموح .

٣ـ الانطواء الاجتماعي

٤ـ تدهور في الكفاية الانتاجية (المغربي ، ١٩٦٠)

العقاقير الطبية المخدرة الصناعيــــة :

١- عقاقيــر منومـــــــة (BARBATURATES)

٢- عقاقيــر منشطـــــــة (AMPHITAMINES)

٣- عقاقيـــر الهلوســــة (HALLUCINOGEN TYPE)

ونذكر نبذة عن كل نوع من هذه العقاقير المخدرة الصناعيـــة :

١- عقاقيـر منومة (المنومـــات) أو (الباربتيــورات) :

ان مدمني المخدرات أصبحوا يعطون جاهدين للبحث عن مواد بديلـــة للمواد المخــدرة الممنوعه - حتى لا يقعوا تحت طائلة العقاب، وهذه المـواد الضارة التي تسبب الاعتماد او الادمان ليست عبارة عن الممنوعات ، وعلى رأسها مشتقات حامض الباربتيوريك فقط ، بل تتضمن ايضا المواد المنبهـــه - مثل : الامفيتاميـــن ومشتقاته ، وكذلك بعض العقاقير المهدئه والمسكنة .

ومن انواع هذه العقاقير المنومـه : حـبوب (LUNINAL)

سيكونال (سيكوباربيتال)- لومينال (فينو باربيتال) - فانودورم (سيكو باربيتال) .

والمقصود من اساءة استعمال هذه العقاقير هو تناول هذه العقاقير دون مشورة طبية قد تؤدى الى تدهـور حالة الشخص الصحية والنفسية والعقلية .

وقد يعوض الشخص نفسه الى التسمم بمشتقات حامض الباربتيوريك . وحامض الباربتيوريك عبارة عن مادة كيماوية هـى المنونيل بوريـــــا .

وهذه حقيقة تشير بشدة الى أن الباربتيورات ،لها القدرة على احداث نوع من الشعور بالسعادة ، والسرور المزيف ،هذا ولا يفوتنا ان نوضح ان الوفاة نتيجة لتناول الجرعات الزائدة من المنومات ، تحدث عادة نتيجة للهبوط فـى الدورة التنفسية تماما - مثلما يحدث في حالات المخدرات ،وان كان يميز الحرمان من الباربتيورات ظهور تشنجات على المدمن (رسلان ، ١٩٨٠) .

٢- عقاقير منشطة (المنشطات) :

وهذه العقاقيـر تحدث تهيجا في الجهاز العصبي المركزي ،وتسبب حالات القلق" وتسمـــى " المنبهات" وتؤثـر تأثيرا مباشرا على الجهاز العصبي المركزي .

و(الامفيتامين) في طليعة المنبهات ،وهو خطر حيث أن جرعة مفرطة منه قد تكون قاتله ومنها اقراص (RITALIU) التي يستعملها الطلبة ايام الامتحانات ، لمساعدتهم على السهر ، وهـــى تنشط الجهاز العصبي لمدة معينة يعقبها خمول شديد ،اذ تعمل على طرد النوم ،وزيادة التنبيــه العصبي .

وهذه العقاقير تأثيرها يغاير الباربيتورات، فهي عقاقير منبهة، أو منشطة ومن أنواعها :

الماكستون فورت (MAXITONE FORTE) والبنزدريين (BENZEDINRINE)
وحبوب التخسيس (BINNIES) ويطلق المدمنون على العقاقير المنشطة لفظ
(PIP PILIS) (رسلان، ١٩٨٠) .

٣- عقاقير الهلوسة (المهلوسات) :

تتميز مجموعة هذه العقاقير بان لها القدرة على احداث اختلال في الاستجابات الحسية) مع اختلالات في الشخصية، وتأثيرات مختلفة على الذاكرة وكذلك على السلوك التعليمي، وبعض الوظائف الأخرى.

وكما يظهر من الاسم فان المجموعة ككل، لها خاصية احداث الهلوسة. ويمكن تقسيم هذه المجموعة كيميائيا على أساس وجود او عدم وجود حلقة الأندول الداخلة في تركيب العقار الخالية من حلقة الأندول المسكالين، والقنب الهندي.

وتضم المجموعة المحتوية على حلقة الأندول المركبات التالية :

ل . س . د . (L.S.D)

بسيلوسيين :

وكذلك بيفوتنين .

ويعتبر المسكالين أقوى عقار مهلوس في المجموعة كلها، ومن المحتمل أن يكون هو الذي أعطى مجموعة العقاقير المهلوسة هذا الاسم (رسلان، ١٩٨٠) .

والمهلوسات تسبب الهلوسة، او التخيلات، أو الانحرافات او الى التواء الحواس، وقد تؤدي الى حالة تخدير كلي أو جزئي، مع فقد الوعي، ومن هذه المواد :

بي . سي . بي (P.C.P)

الذي يتخذ شكل أقراص أو برشامات، او كبسولات، وقد يكون على شكل مسحوق. ويتم انتاج هذا المستحضر في المعامل السرية. والعقاقير التي تسبب الهلوسة تسبب الذعر، والاضطراب النفسي، والانفعالات الشديدة. وتدفع الى العنف. ومحاولة الانتحار، وتضعف القدرة على التمييز بين الواقع والخيال، ومن الشيء المحسوس والشيء الوهمي. وهذا العقار في غاية الخطورة.

ول . سي . دي . (L.C.D)

يؤثر على العقل، ويسبب اختلال فيه .

وقد أرتبط استعمال هذه العقاقير بحركة الهيبز، وهم اولئك الشبان الذين ينادون بغوص في السلام، والحب (رسلان، ١٩٨٠) .

والعقار س . ت . ب. (S.T.P.)

والعقار . د .و.م. (D.O.M.) على شكل مسحوق ، أو اقراص او برشامات

والعقار د .م. د (D.M.D) وهو مسحوق بلورى - وقد يضاف اليـــــــه

"البقدونس" أو "الماريهوانه". وقد يكون عن طريق الحقن .

القـــــات :

يمضغ المتعاطى أوراق نبتة القات كاثا ايديوليس فورسك ـ Cath edulis Forssk ويستحلبها بوضعها بين الفكيـــــن وقد أدرج القـــات مؤخـــرا ضمن قائمة المخدرات بواسطة هيئة الصحة العالمية سنة ١٩٧٣ . ويحتوى القات عـــلى مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حـــالة الحـــالم وتسمـــى المادة قات نور بسيود وايفيدرين (Khatnor - Pseudo ephedrine أو كاثين (Cathine) بالاضافة الى مواد أخرى (المجالس القومية ، ١٩٨٥) .

تأثيرات القات على المتعاطى :

لايظهر مفعـــول القات فور استعماله بل ينبغى تعاطيه لفـــترة تتراوح بين ٢ - ٦ أسابيع حتى يشعر المتعاطى بالخفة والنشوة والأرق والنشاط والاثارة والقـــات ينبه الجهاز العصبى فى البداية ثم يهبطه . ففى المراحل الأولى مـــن الاستعمـــال يشعر المتعاطى بالنشوة وازدياد فى حـــدة حواســه ثم تتدنى القـــدرات الفعـــلية والقدرة فى ادراك الحواس . وأخيرا يضعف التركيز وتضعف الذاكرة ويختـــل الوعـــى ويشعر المتعاطى بالطمأنينة وقد يضحك بدون سبب ظاهـــر وبالاضافـــة الى ذلك يشعـــر المتعاطى بالكسل والخمول وفقدان الشهية والوهن (وهدان ، ١٩٨٦) .

المستنشقات والمواد المتطايرة : Volat Compourds

ويشمل هذه المواد : البنزين ، الصمغ ، طلاء الاظافر ، مخففات الطلاء ، الاستون ، الترلوين وتحتوى كل هذه المواد علىهيدر وكربونات Hydro carbons تؤثر على المخ والكبد والرئتين ويستنشقها المتعاطى فيشعر بالاسترخاء والدوخة والهلوسات أحيانا وهى عادة منتشرة بين الأحداث والمراهقين ويقوم المتعاطى بتفريغ أنبوب أو أكثر من صمغ الباتكس فى علبة بيبس كولا فارغة للتمويه ثم يقوم باستنشاق أبخرة الصمغ . أما البنزين فيستنشق بوضعه فى قطعة من القماش ثم تستنشق منها الأبخرة ومن النادر أن يشرب المتعاطى هذه المواد (وهدان ، ١٩٨٦)

أثر المستنشقات على المتعاطى :

يشعر المستنشق بالدوار والاسترخاء والهلوسات البصرية وقد يشعر بالغثيان والقئ أحيانا أو يشعر بالنعاس أو بشعور غريب يشبه الحلم . وتسبب هذه المواد الوفاة الفجائية بسبب تقلص أذين القلب وتوقف نبض القلب أو هبوط التنفس وقد وصف باس سنة ١٩٧٠ حالات الوفاة التى يتعرض لها المتعاطى ولاحظ ارتباط الوفاة الفجائية بالمجهود العضلى وتأثير هذه المواد على المخ الذى يشبه تأثير المخدرات العامة المستخدمة عند اجراء العمليات الجراحية وقد يتوفى المستنشق نتيجة للاختناق اذا كان يستعمل كيسا من البلاستيك يستنشق منه فيفقد الوعى ويظل رأسه داخل الكيس . كما تسبب هذه المواد عطب القلب والكبد بعد الاستنشاق المتواصل كذلك تسبب هذه المواد عطب القلب والكبد بعد الاستنشاق المتواصل كذلك يسبب تكرار الاستنشاق تلف المخ والكليتين . وتؤدى بعض المواد الى تورم وعطب الرئتين . (وهدان ، ١٩٨٦) .

الأدوية النفسية : Psychotropic Drugs

وهى مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة التى تستخدم فى علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطراب السلوك كالفصام والاكتئاب الذهانى والقلق المرضى .. الخ وتسبب هذه الأدوية الهدوء وعدم الاكتراث وبطء الحركة والتفكير وتنقسم الأدوية النفسية الى الفئات التالية :

(أ) المهدئات العظمى : Major Tranquillisers

مثل اللارجاكتيل والسيرنيس والميلليريل وتستخدم فى علاج الأمراض العقلية ولا تسبب الادمان (جرجس ، ١٩٨٥) .

(ب) المهدئات الصغرى : Minor Tranquillisers

وتسبب الهدوء وتزيل القلق المرضى والتوتر العضلى مثل الليبريوم والفاليوم وقد تسبب الادمان اذا استعملت بدون اشراف طبى (جرجس ، ١٩٨٥) .

(جـ) مضادات الاكتئاب : Antidepressants

وتستخدم فى علاج مرضى الاكتئاب الذهانى مثل التوافريتيل والترتيزول وهى لاتسبب الادمان (جرجس ، ١٩٨٥) .

(د) المنبهات النفسية : Psychostimulants

واستخداماتها محدودة جدا لأنها تسبب الأدمان ومنها : الريتالين والميثيدرين الذى يستخدم بحقنه فى الوريد أثناء جلسات التفريغ النفسى (جرجس ، ١٩٨٥)

أثر الأدوية النفسية على المتعاطى :

بالنسبة للمنومات : تهبط المنومات وظائف المخ فتضعف القدرة على التركيز والانتباه وتنخفض القدرة على قيادة السيارات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى كالسباحة ويشعر المتعاطى بالنشوة فى البداية ثم النعاس والنوم ثم الخمول وضعف حدة الابصار والخطأ فى تقدير شدة المؤثرات السمعية واختلال صواب الحكم على الأمور ويتصور المتعاطى أن الزمن يمر بسرعة وتخفف المنومات من حدة ادراك الألم وان كانت لاتسكن الألم بالمعنى المفهوم بل ان الباربيتورات تضعف مفعول مسكنات الألم . وتهبط المنومات وظائف مراكز التنفس خاصة ان كان الشخص مصابا بأمراض الجهاز التنفسى المزمنة كما أنها تخفض ضغط الدم وكمية الدم التى يضخها القلب ويسبب الاسراف فى تعاطى المنومات الامساك (وهدان ، ١٩٨٦)

تصنيف وأشكال تعاطى المخدرات :

فى محاولة لايضاح الغموض وعدم الدقة فى استخدام التسميات والمفاهيم حول أشكال ومستويات تعاطى المخدرات قامت الهيئة الوطنية الأمريكية للماريوانا والمخدرات عام ١٩٧٣ ببناء نظاما تصنيفيا لأشكال تعاطى المخدرات ومستوياته فقد حددت الهيئة خمسة فئات لكيفية تعاطى المخدرات بناءا على العوامل التالية :-

(١) العوامل المتعلقة بالموقف الذى تم فيه تعاطى المخدرات .

(٢) تكرارية تعاطى المخدرات .

(٣) التأثر الفسيولوجى المصاحب أو الناتج عن تعاطى المخدر، (الحارثى، ١٩٨٦)

أما الفئات المختلفة الواردة فى التصنيف فهى كما يلى :-

أ و لا : <u>الاستخدام التجريبى للمخدر</u> :

وهى المحاولات قصيرة المدى لواحد أو أكثر من المخدرات بنسبة تكرارية لاتزيد عن عشرة مرات مع كل مخدر ويتصور ان هذاالنوع من تعاطى المخدرات هو فى العادة موضوع رغبة الفرد فى الاستطلاع أو نزعته الى تجربة الأشياء الجديدة ويحدث فى أغلب الأحيان ضمن مجموعة من الزملاء أو الأصدقاء . ويمكن اعتبار هذا النوع من الاستخدام أقل المستويات ضررا أى أنه نادرا مايؤدى الى حدوث تأثيرات فسيولوجية مصاحبة أو اعتماد نفسى ،(الحارثى ، ١٩٨٦) .

ثانيا : <u>الاستخدام الاجتماعى الترفيهى</u> :

يشبه الى حد ما الاستخدام السابق فى كونه يحدث بشكل جماعى ومع هذا فان هذا النوع يختلف عن سابقه فى كونه استخداما أكثر تنظيما وتكرارية ومن هنا فان احتمالات الادمان أكثر فى هذه الحالات خصوصا مع المخدرات القوية

مثل الكوكائين والهيروين ويقل الاحتمال بشكل واضح مع الماريهوانا . (الحارثي ، ١٩٨٦) .

ثالثا : الاستخدام الظرفي المرتبط بمواقف محددة :

وفي هذه الحالات يتم تعاطي المخدر ليس من أجل التجربة أو التسلية كما هو الحال مع المستويين السابقين ولكنه استخدام يسعى الفرد من جرائه الى الحصول على تأثير مزاجي لمساعدته على التغلب مع مشكلاته . وفي العادة فان استخدام المخدر يتوقف بانتهاء المشكلة أو انتهاء الموقف المسبب للمشكلة الا أن الخطر يكمن في انتقال تلك التجربة الى مواقف أخرى حيث يجد الفرد نفسه في حاجة لتعاطي المخدر في عدد كبير جدا من المواقف وبشكل مستمر ، وعندما ينتشر تعاطي المخدر بهذه الطريقة فان تكرارية الاستخدام وزيادة نسبة الجرعة يصبح أمرا أكثر احتمالا مما يدفع الفرد الى الدخول الى مستوى أكثر خطورة (الحارثي ، ١٩٨٦) .

رابعا : الاستخدام المكثف للمخدر :

تختلف هذه الفئة عن سابقاتها في كون الفرد يستخدم المخدر هنا لفترة أطول وان المتعاطي للمخدرات هنا يحتاج الى تناول المخدر بنسبة لاتقل عن مرة واحدة كل يوم . وظهور حاجته المستمرة للحصول على تأثير المادة

** هذا التصنيف هو ماقامت به الهيئة الوطنية الأمريكية للماريهوانا والمخدرات عام ١٩٧٣م ببناء نظاما تصنيفيا لأشكال تعاطي المخدرات ومستوياته .

المخدرة ولعل أغلب انماط هذا المستوى ظهورا هو حالات المعالجة الذاتية مثل الاستخدام المستمر للمنبهات أو حبوب النوم دون رقابة طبية • وان الأفراد الذين تضمهم هذه الفئة يعتبرون تعاطيهم للمخدر أمرا عاديا وطبيعيا دون الاهتمام بالأخطار التى قد تؤدى اليها هذه العادة وتظهر فى مثل هذه الحالات أعراض الادمان الفسيولوجى والاعتماد النفسى الا أن النشاط اليومى للفرد يبدو عاديا وبدون تأثير يذكر عليه من المخدر • الحارثى ، ١٩٨٦)

خامسا : الاستخدام القهرى :

يعتبر أكثر المستويات حدة وذلك بسبب التعاطى طويل الأمد للمخدر ففى هذه الحالات تزداد النسبة التكرارية لاستخدام المخدر وبجرعات كبيرة ولمدد طويلة ويظهر الادمان الفسيولوجى والاعتماد النفسى بشكل واضح على هذه الفئة وعندما يحاول الفرد التوقف عن استخدام المخدر تظهر الأعراض الانسحابية ويرافقها عادة مرض حاد قد يوصل الفرد أحيانا الى الموت وبالاضافة الى ذلك يبدأ النشاط الوظيفى للفرد جسميا ونفسيا واجتماعيا بالتدهور حيث تقل الدافعية للنشاط المحض والاجتماعى والدافعية المستمرة للبقاء باستمرار تحت تأثير المخدر ويمتاز المدمن القهرى بانشغاله الدائم بالبحث عن المخدر وارتكابه الجريمة أحيانا فى سبيل الحصول عليه (الحارثى ، ١٩٨٦) •

آثــــار تعـــاطي المخدرات :

سوف يتناول الباحث في هذا البحث الآثار الناتجة عن تعاطي المخدرات في ثلاثة مناحي :

أولا : الآثار الاجتماعية :

لاشك ان تناول المواد المخدرة هو من الآفات التي تعمل بكل قوتها على تحطيم القيم الاجتماعية فالانحراف الذهني للمتعاطي كأحد أفراد المجتمع والمضار الصحية التي تصيبه من سوء التغذية وضعف مناعة الجسم من الأمراض وماقد ينتهي به المتعاطي الى حالة الادمان ومن ثم الجنون أو الوفاة . وما نلاحظه من أن الادمان يشكل أثرا اجتماعيا هاما وتعاطي المواد المخدرة في صورة جماعات يعطي فرصة التعاطي بين هذه الجماعات مما يهدد المجتمع كله بالتدمير والفناء وكذلك فان تعاطي بعض العقاقير مثل (الأمفيتامينات التي توهم الشخص المتعاطي بأهمية شخصيته وشجاعته كل ذلك من الأسباب المشجعة على دفع الفرد على التعاطي للمخدرات ، (محمود ، ١٩٨٣ م) .

وسوف يتناول الباحث الآثار الاجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات في مطلبين وهما :-

(١) أثر التعاطي على السلوك الاجرامي :

يرى عيد ١٩٨٦) ان "أسباب ارتفاع معدل الجريمة يرجع الى عوامل كثيرة منها الادمان على المخدرات ولذلك فان السياسة الجنائية التي تعمل على منع الجريمة ومكافحة الاجرام تعمل على ان الادمان كأحد الأسباب التي تؤدي الى ارتكاب الجرائم". (ص ٢٧٤) .

وسوف يتناول الباحث هذه الفقرة من منظورين وهما :

المنظور الأول : جرائم مباشرة من تعاطى المخدرات ، وسوف نتناول هذه الجرائم كما يلي :-

(١) جرائم ضد الأشخاص وهى :

(أ) جرائم قد تنشأ عند التخدير أو التنبيه الوقتى للمخدر :

يرى بعض الباحثين ان متعاطى الحشيش يتميز بالجبن لأن تأثيره على الشخص يشعره بشئ من الخوف ومع ذلك فانه لايرتكب متعاطى هذا المخدر الا نادرا (العلاج ، ١٩٨٣) أما متعاطى الكوكائين فيحدث لديه تأثير مثل تأثير متعاطى المواد الكحولية حيث ينتج عنه تهيج وهذيان وأوهام تدفعه الى اتيان افعال غير ارادية وكذلك متعاطى الكوكائين معرضون لارتكاب جرائم العنف ضد الأشخاص وخاصة جرائم العرض . كما ان تناول أى نوع من المخدرات لشخص لديه خلل عقلى يزيد لدى هذا المتعاطى الدوافع العدوانية وقد يرتكب بسبب ذلك جرائم القتل أو مايشابه من جرائم العنف (بهنام ، ١٩٨٤) .

(ب) جرائم ترتكب نتيجة الخلل العقلى للمتعاطى :

يرى علماء الطب ان الادمان المزمن نتيجة تناول كميات كبيرة من المخدرات فى فترات متتابعة ينشأ عن هذا الادمان اضطراب عقلى وعصبى فيشعر المدمن بتخيلات وهواجس وهمية وشعور بالاضطهاد ورغبة فى الانتحار وأرق شديد كل ذلك يعمل على اضعاف ارادة المدمن وتتولد لديه دوافع اجرامية كبيرة . قد يلجأ الى ارتكاب جرائم العنف والسرقة والانتحار نتيجة لتولد هذه التخيلات (بهنام ، ١٩٨٤) .

(ج) جرائم تنشأ عن الضعف الجسمى للمتعاطى :

من الآثار الصحية لتعاطى المخدر مانشاهده فـــي الضعـــف البدنى ويتولد لدى المتعاطى المدمن الشعور بالحقد لمن حوله كما وتهبط لديه القيم الأخلاقية ممـــا يجعل الناس يبغضونه ويعزفون عن صداقته ومن ثم يشعـــر بكراهـــية النـاس اليه وهذا قد يدفعه الى الميل للانتقام (بهنام ١٩٨٤) ويلاحظ المتتبع للمتعاطى وبالذات المدمن بأنه يحتاج لموارد مالية كبيرة لشراء مايحتاجه من المخـــدر المتعود عليه . وغالبا مايفقد كل ثروته لشراء هذا المخدر وقـــد يلجـــأ الى بيع مايملكه من عقارات وحاجته المستمرة يدفعه فى طلب الحصول علـى الأمـــوال اللازمة حتى لو لجأ الى الطرق الغير مشروعة . وفى نفس الوقت تضعـــف قـــدرته على العمل الذى يفقد فيه أخيرا مورد رزقه وهذا يدفعه الى ارتكـــاب جـــرائم الأمانة المتمثلة فى السرقة والنصب وخيانة الأمانة والتزوير (عيد ١٩٧٩).

المنظور الثانى : جرائم غير مباشرة من تعاطى المخدرات :

وسوف نتناول أسباب هذه الجرائم على النحو الآتى :-

(١) افساد البيئة العائلية :

من أهم أسباب انهيار الأسرة هو ادمان رب هذه الأسرة ومن نتائج هذا الانهـــيار تشرد الأطفال وهذا يساعد على انتشار الأحداث المشـــردين والمتســـولين كمـــا والفساد الخلقى لدى الأطفال وقد يلجأون الى ارتكاب الجرائم وقد يمـــيلون الى تعاطى المخدرات مثل رب الأسرة بل قد يدفع الادمان الى سقوط الفتيات للاتجـــاه الى الدعارة وذلك للحصول على المـــال الذى يحتاجـــونه لتحقـــيق رغباتهـــم وتطلعاتهم (القمص ، ١٩٨٦) .

(٢) الآثار الاجرامية الوراثية لأبناء المدمنين :

يرجع علماء الاجرام بأن للوراثة دور كبير فى الجريمة وانها من العوامل الدافعة الى ارتكاب الجريمة وبذلك يتأثر الأبناء من آبائهم الذين أدمنوا المخدر وأنحرفوا نحو الطرق الغير مشروعة للحصول على مايلزمهم من أموال للحصول على هذا المخدر لسد شهواتهم فيتجهون الى السرقة أو الاختلاس أو النصب ويرى علماء الاجرام ان هذه الظواهر الغير أخلاقية للمدمن تنتقل الى أبنائه عن طريق الوراثة فيولدون وتظهر لديهم هذه الميول الاجرامية فى مهد طفولتهم ولذلك فان سبيل انحرافهم سيكون سهلا نظرا لاكتساب هذه الصفات السيئة عن آبائهم (القمص ، ١٩٨٦) .

ثانيا : الآثار الاقتصادية :

نلاحظ أنه لم يكن متعاطى المخدرات من حثالة المجتمع كما كان سابقا وانما أصبح من كل الطبقات الاجتماعية والاقتصادية ولم يعد المتعاطى منتميا الى فئة معينة أو لعمر معين وانما أصبح من كل الفئات ومن كل الأعمار تقريبا ويعكس ذلك وضعا اقتصاديا سيئا على الشخص المتعاطى أو على الاقتصاد المحلي وسوف يتناول الباحث الآثار الاقتصادية الناتجة عن تعاطى المخدرات فى مطلبين وهما :-

المطلب الأول : أثر التعاطى للمخدر على الوضع الاقتصادى للفرد :

يؤدى تعاطى المخدرات بشعور الفرد بالخمول وكراهيته للعمل كما يؤدى الاستمرار فى التعاطى (الادمان) تحطيم القوى الجسمانية للفرد وهبوط انتاجيته نتيجة لقلة القوة البدنية والجسمية وعدم قدرته على مواصلة

العمل ولذا فان المدمن يعتبر أقل الناس صلاحية للعمل . الملاح ، ١٩٨٢) ويستنفذ المتعاطى أغلب موارده المالية لشراء مايلزمه من المواد المخدرة كما ان كمية المخدرات التى يحتاجها تزداد من فترة الى أخرى . ونظرا لأن هذه المخدرات تباع فى السر وبطريقة غير مشروعة فان سعرها يكون مغالى فيه ويزيد هذا السعر من وقت لآخر الذى ينتج عنه تدهور الأحوال الاقتصادية للمتعاطى ويلجأ المتعاطى فى النهاية الى بيع أملاكه ومتجره للحصول بثمنها على المخدر اللازم له وقد يلجأ الى بيع أثاث منزله لذلك الغرض (عيد ،١٩٧٩) .

المطلب الثانى : أثر التعاطى على الاقتصاد المحلي :

مما لاشك فيه أن تجارة المخدرات وعدد المتعاطين تؤثر على الاقتصاد القومى تأثيرا كبيرا فقلة وضعف انتاجية المتعاطى يؤثر على قلة وضعف الانتاج العام علاوة على ماتصرفه الدولة فى سبيل مكافحة المخدرات وتعاطيها وهى أموال كان يمكن أن تستغل فى مسالك أخرى (المغربى ، ١٩٦٦) كذلك مايتحمله الاقتصاد القومى من أموال طائلة للانفاق على أجهزة المكافحة لمحاربة هذه الآفة واستئصالها من المجتمع وكان بالامكان استخدامها فى موارد أخرى .

ثالثا : الآثار الصحية نتيجة التعاطى :

لاشك أن تعاطى المخدرات له دوره الكبير فى تدهور صحة متعاطيهــا بدنيا وجنسيا وعقليا فالمتعاطى وبالذات المدمن تظهر عليه هذه الآثار فى شكــل شحوب فى الوجه واضطراب فى خطواته وقــلة التغــذية وبذلك ســوف يتناول الباحث هذا المنحى فى عدة جوانب كالتالى :

(١) أثر المخدرات على الدورة الدموية:

يتأثر الجهاز الدموى بالمخدرات مثل باقــى أجهــزة الجســم بل أنه أكثر الأعضاء فى الجسم تأثيرا بالمخدرات فقــد وجــد أن المتعاطــى للمخدرات لديه ارتفاع فى نسبة السكرى فــى الدم كمــا ان للمخــدر تأثير ضار على عضلة القلب والمخدر له تأثير على المراكز العصبية المحركة للاوعية الدموية تأثيرا هابطــيا ممــا يؤثر بدوره عــلى تغذية القلب (عيد ،١٩٧٩) .

(٢) أثر المخدرات على الجهاز التنفسى :

لوحظ أن للمخدرات تأثيرها الضار على الشعــب الهــوائية والرئتان وبالذات لمن يقوم بتعاطى المخدرات عن طريق التدخين والشــم وقــد لوحظ أن أكثر المرضى للامراض الصدرية من مدمنى المخدرات حيث لهــا تأثير ضار على مراكز التنفس (عيد ،١٩٧٩) .

(٣) أثر المخدرات على القوى العقلية :

للمخدرات تأثير سئ على المخ والتنبيه الذى تحدثه فــى المجموعــة العصبية يضعف القوى العقلية وضعف الذاكرة لدى المتعاطى المدمــن .

(٣) ويقول عكاشة (١٩٨٦) " عند تعاطى الأفيون فان انتاج الأفيون الطبيعى فى المخ يخل حيث أن خلايا المخ تنتج مادة مثل الأفيون يطلق عليها أفيون المخ أو مطمئنات وهى مهمة للجسم حيث تعتبر مسكنات ألم طبيعية وبذلك فيكون التعاطى الى حاجة دائمة الى مايسكن به ألم النفس والحبو ... وغالبا ماتنتهى به الى الادمان والجنون " (ص ١٥) .

(٤) أثر المخدرات على الغريزة الجنسية :

عند تناول المخدرات المنبهة يحدث تنبيها فى الأعصاب مما يجعل المتعاطون للمخدرات يعتقدون ان للمخدرات تأثير فعال على الجنس واستمرار التنبيه الحادث من التعاطى عليها يسبب ضعفا فى أعصاب متعاطيها من المدمنين نظرا للعلاقة الوثيقة بين جهاز الأعصاب والتناسل (الملاح ، ١٩٨٣) وهذا يسبب ضعف القوة الجنسية وقد ينتهى الضعف الى العقم عند الاستمرار فى تناول المواد المخدرة (صادق ، ١٩٨٦) .

(٥) أثر المخدرات على الجهاز الهضمى :

ان للمخدرات تأثيرا ضارا على الجهاز الهضمى سواء ا على المعدة والأمعاء والطحال والبنكرياس حيث تقل الافرازات والعصائر المعدية والمعوية كما تقل حركة المعدة وتتقلص وتنكمش عضلاتها نتيجة لذلك تقل الشهية للطعام لدى المتعاطى ويحدث الامساك المزمن وهذا مايفسر تعاطى الأفيون كعلاج للاسهال فى الطب الشعبى . أما بالنسبة للطحال والبنكرياس فقد لوحظ أن نسبة احتقان الطحال عند المدمنين أعلى منها عند غير المدمنين كما يلاحظ ارتفاع السكر بالدم فى حالة الانقطاع على المخدر مما يبين ان هناك علاقة بين التخدير وظيفة البنكرياس وان للمخدرات تأثيرا ضارا على الكبد ومن هذه الآثار زيادة السكر فى الكبد وأنحلال خلايا الكبد وتلفها وظهور خراجات على الكبد وأكثر الخلايا تأثيرا فى الكبد هى الخلايا الخاصة لمقاومة السموم (محمد ، ١٩٨٢)

تعـــاطى المخـدرات والشـــاب :

تلعب البحوث المتعلقة بتعاطى المخدرات دورا هاما فى الوقاية من خطر المخدرات فالوقاية لاتفى مجرد الحيلولة دون تعاطى المخدرات ولكنها تفى أيضا الحد من العوامل المؤدية الى استعمالها سواء ا كانت شخصية أو اجتماعية أو خلافه . ومما لاشك فيه أن برامج الوقاية فى سائر انحاء العالم تهدف الى خلق وعى متزايد لدى الشباب . فالمستقبل فى أيدى الشباب ولايمكن للمجتمع أن يدع شبابه فريسة لتعاطى المخدرات وهنا سوف أعرض أهم البحوث التى أجريت فى هذا الموضوع :

(١) تطرقت ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية بالكويت (١٩٨٢) الى دراسة اميتشى أنومنيا A mechi Anumonye فى نيجيريا بعنوان مشكلة العقاقير فى نيجيريا بأنه يتفح ظهور نمط خاص لسوء التعاطى بين النيجيريين وهو تعاطى الحشيش والأمفيتامينات وأن هذه الظاهرة أكثر انتشارا بين الشباب (ادارة البحوث الاجتماعية ١٩٨٢) .

(٢) قام ر. ك . سيفل الاستاذ بقسم الطب النفسى بجامعة كاليفورنيا ، لوس انجلوس باجراء دراسة على عينة تمثل شباب المتعاطين وقد أثبتت الدراسة تزايد الاقبال على تعاطى الكوكائين الذى يقع متوسط درجة نقائه ٧٣ ٪ كما وأفاد متعاطوا الكوكائين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ ، ١٧ سنة انهم كانوا يشترون حاجتهم من النوادى والمدارس كما أثبتت الدراسة انتشار تعاطى خطر السيلوسيبين - ينتمى الى المهلوسات - بينما انخفض تعاطى عقار L.S.D وازداد انتشار مركبات الأمفيتامين وقد انتشر تعاطى لفائف السجاير المنقوعة فى سائل الفينسكلوين وتبين أن شباب كاليفورنيا يستعملون مزيجا من الكوداين والجلوتيتميد ومزيجا آخر من البنتازوسين والتريبلتامين الا أن

حالات الوفاة الناجمة عن هذا المزيج أدت الى تحول الشباب عنه (عيد ،١٩٨٦)

(٣) قامت كرامر (١٩٧٢) بدراسة ٤٧ مدمن على الهيروين وكانت أعمار ١٩ منهم ٢١ - ٤٣ سنة وتراوحت أعمار ٢٨ شخصا من العينة بين ١٦ - ٢٠ سنة وكان متوسط مدة الادمان سنتين كما ولاحظت ان فى معظم الأحوال يبدأ مدمن الهيروين باستنشاق الصمغ فى سن ١٥ سنة ثم يستخدم أدوية السعال التى تحتوى على الكودائين فى فترة لاحقة ثم ينتقل الى تعاطى الأمفيتامينات ثم الباربيتورات ثم الماريهوانا ثم ينتقلون بهذا الترتيب الى الهيروين كما وأستخدم ٣٦ شخصا الكوكائين أثناء ادمانهم على الهيروين وكان معظم المدمنين من الشباب (رشيد ، ١٩٨٤)

(٤) قام فايدمان (Veidman) وزملائه بدراسة سنة (١٩٦٨) فى مدينة بازيل بسويسرا تبين أن ١٠ ٪ من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ - ٢٠ سنة استخدموا العقاقير المخدرة ثم ارتفعت هذه النسبة عام ١٩٧١ الى ٢٦ ٪ وتمت الدراسة على عينة عشوائية من طلبة المدارس فى بازيل بسويسرا عددها ١٧٢٣ وكانت نتائج الدراسة ان استخدام العقاقير يزداد مع السن فى سن ١٣ سنة ٢ر٣ ٪ ويزداد فى سن ٢٠ سنة نسبة ٤٢ر٥ ٪ وكانت نسبة الذكور أكثر من الاناث وقد كان الحشيش أكثر العقاقير انتشارا بنسبة ٨٢ ٪ ثم عقاقير الهلوسة ٧٪ ثم الامفيتامينات ٤ ٪ وكان متعاطوا العقاقير فى معظم الأحيان يشربون الخمر ويدخنون أيضا . (رشيد ، ١٩٨٤) .

(٥) أجرى موهان ايتيانجى س . ساكسيناوس دراسة على مدمنى العقاقير الذين تم علاجهم فى مراكز العلاج التابعة لمعهد عموم الهند للدراسات الطبية خلال

الفترة من يناير ١٩٨١ الى مايو ١٩٨٤ أثبتت وجود زيادة مطردة فى عدد مدمنى الهيروين وأن أغلب مدمنى الهيروين من الذين يبلغون من العمر أقل من ٣٠ سنة ومن طلاب المدارس الثانوية أو الجامعات ٨٠ ٪ وأنهم كانوا يتعاطون جراما واحدا تقريبا فى اليوم لمدة سنة أو أقل (عيد ، ١٩٨٦) •

(٦) ذكرت دراسة جوستو مزيك (Gostmzyk) وزملائه (١٩٧٣) والتى قاموا فيها بدراسة عن استخدام المخدرات والأدوية النفسية بين طلاب المدارس فى مقاطعة رانيلاند بفالتس بألمانيا وكان عدد العينة ٤٢٠٠ طالب تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٩ سنة استعمل ١١ ٪ منهم العقاقير وقد بلغت نسبة الذين استخدموا مرة واحدة أو مرات قليلة ٥٤ ٪ وبلغت نسبة الذين استخدموا المخدرات لمدة تزيد على السنة ١٠ ٪ وكان ٦٠ ٪ تقريبا من متعاطى العقاقير من الذكور ومن أسر تنتمى الى الطبقات الاجتماعية المرتفعة وكان استخدام السجاير والخمر والمسكنات والمنومات أكثر انتشارا بين متعاطى العقاقير عن الطلاب الآخرين وقد خرجوا من بحثهم ان ادمان العقاقير بين الشباب مرتبط بزيادة استعمال الخمر والأدوية النفسية بواسطة الكبار • (ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٨٢) •

(٧) قام ج ، ج تيفادومسكى الاستاذ بمركز البحوث الاجتماعية والثقافية والبيئية بجامعة بنين بنيجريا باجراء دراسة شملت ٣٠٠ طالب جامعى وقد تبين من الدراسة أن انتشار تعاطى الكحول والديازيبام والأمفيتامينات والباربيتورات أثناء وبعد الامتحانات كما تبين من الدراسة أن الحشيش معروف تماما وقد جربه العديد من الطلبة (عيد ، ١٩٨٦) •

(٨) قام بلانت وريشون(١٩٧٦)بدراسة عن تعاطى العقاقير فى اسكتلندا وورد ضمن ذلك دراسة فيتشى وزملائه(١٩٧٤)على ٢٨٠٩ من طلاب المدارس والجامعات وطلاب معهد التمريض والمترددين على عيادات الأمراض التناسلية والأحداث الجانحين وقد أفاد ٥ر٩١ ٪ من هؤلاء أنهم تعاطوا العقاقير وكان الحشيش أكثر العقاقير التى يتعاطونها والهيروين أقلها وقد أفاد معظم هؤلاء أنه جرب تعاطى عقار (L.S.D.) والمنومات والمنشطات والمهدئات النفسية الصغرى وفى نفس الدراسة يؤكد المؤلفان بحث واتسون سنة(١٩٧٤)الذى تناول المذيبات المستنشقة بين طلبة المدارس وأنتهت الى أن سن المستنشقين كان أصغر من الذين يتعاطون المخدرات كما ان معظم المستنشقين اتجهو فيما بعد الى تعاطى الخمر – (ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٨٢) .

(٩) قام كيلرمان (Kellerman) (١٩٧٦) بدراسة حول استخدام المنومات والمهدئات التى يرخص للصيدليات بصرفها بدون وصفة طبية ويوضح أن هذه المركبات تحتوى على البروميد (دواء مهدئ) فى ألمانيا الاتحادية حيث اتضح انها تلى الخمر فى العقاقير التى تسبب الادمان بين البالغين أما بين الشباب فتبين أن سوء استعمال هذه المواد ينتشر بين المجموعات التالية :-

(-) متعاطى العلاجات النفسية كوسيلة من وسائل العلاج .

(-) متعاطى المهدئات كوسيلة من وسائل الاستعاضة .

(-) متعاطى الخمور .

(-) متعاطى الامفيتامينات .

(-) متعاطى مشتقات الأفيون .

(-) متعاطى مواد مختلفة من ضمنها البروميدات .

١٠) قام كاوفمان (١٩٧٣) بدراسة ظاهرة استنشاق البنزين فى قرية من قرى الهنود الحمر فى نيومكسيكو بين ٧٢ طفلا تتراوح أعمارهم مابين ١٢ - ١٦ سنة من طلاب مدرسة القرية الابتدائية أفاد أن ٦٢ ٪ من الطلاب انهم استنشقوا البنزين مرة واحدة على الأقل وأفاد بأنهم يستنشقون البنزين بصورة منتظمة واتضح أن ١٧ ٪ يستنشقون مواد متطايرة أخرى غير البنزين ، ٨ ٪ يدخنون الماريهوانا ، ٥ ٪ يستخدمون الأدوية النفسية • ولم تكن الظروف الأسرية الخاصة بمن يستنشقون البنزين مختلفة عن الذين لايستخدمون هذه المادة (ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٨٢) •

١١) أثبتت دراسة أجراها عكاشة على عينة من طلبة الجامعة ان النسبة المئوية للمتعاطين من الطلاب الذين نجحوا فى دراستهم ٣٤ ٪ بينما كانت نسبة الطلاب الذين فشلوا فى دراستهم ٤٣ ٪ وبين الفاشلين ١٤ر٦ ٪ وكانت نسبة تعاطى الأمفيتامينات بين الناجحين ١٧ر٧ ٪ وبين الفاشلين ١٣ ٪ وكانت نسبة تعاطى الكحوليات والباربيتورات بين الناجحين ٣ر٩ ٪ وبين الفاشلين ٤ر٨ ٪ وكانت نسبة تعاطى العقاقير الأخرى بين الناجحين ٤ر١٠ ٪ وبين الفاشلين ١٦ر٦ ٪ وخرجت الدراسة بأن أسباب تعاطى المخدرات هو الهروب من الواقع ، التخلص من القلق ، حل المشاكل الشخصية ، التحرر من الهموم (عيد ، ١٩٨٦) •

١٢) أثبتت دراسة اجراها سويف على عينة مؤلفة من ٥٥٣٠ تلميذا بمدارس القاهرة الثانوية منها مايلى ١٨ ٪ جربوا تدخين السجاير ، ٣ر٥ ٪ جربوا العقاقير المهدئة ٧ر٥ ٪ جربوا الأمفيتامينات ، ٥ر١٠ ٪ جربوا المخدرات من بينهم ٩٠ر٧ ٪ حشيش ، ٤ر٧ ٪ أفيون و ٢ ٪ مخدرات أخرى •• وقد بلغت نسبة متعاطى

البيرة من أفراد العينة ٤٣٫٣ ٪ ، والخمر ٢٧ ٪ والمشروبات الكحولية الأخرى ١٦٫٧ ٪ (سويف ، ١٩٦٧)

ينتهي الباحث من ذلك بأن المخدرات يكثر استعمالها بين الأصغر سنا وبالذات فئة المراهقين وصغار الشباب وذلك على المستوى العالمي ، ان هذه الفئة تفضل تعاطي الحشيش والماريجوانا والأمفيتامينات وكذلك الاقبال على تعاطي الكوكائين وقد لاحظ الباحث بأن بداية التعاطي للمخدرات تكون باستنشاق الصمغ والتدرج الى استعمال أدوية السعال ثم الانتقال الى تعاطي الامفيتامينات ثم الباربيتورات حتى نصل الى الهيروين وغالبا مايكون التعاطي لدى الشباب أثناء الامتحانات .

التفسيرات النظرية حول تعاطى المخدرات :

أولاً تعاطى المخدرات من الوجهة الاجتماعية :

لمعرفة الأسباب الاجتماعية لتعاطى المخدرات يجب أن يبدأ البحث بتحليل الخصائص الاجتماعية الاقتصادية التى يعيش فيها متعاطى المخدرات ثم تحليل ودراسة الأسباب الاجتماعية العامة المؤدية الى التعاطى بين فئات العمر المختلفة قبل سن الأربعين كما ويجب البحث عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية التى تؤثر على قطاع الشباب فى المجتمع بشكل يؤدى الى انتشار تعاطى المخدرات بينهم .

وهناك رأى يقول يجب أن نقرر أولا أن الباحثين فى موضوع تعاطى المخدرات يتفقون على صعوبة ، بل وحتى استحالة معرفة مدى انتشار تعاطى المخدرات بدقة كاملة فى أى مجتمع من المجتمعات وبالتالى صعوبة التعرف بدقة كاملة على كل الخصائص الاجتماعية للمتعاطين ويرجع ذلك الى أن المتعاطين لايعرفون الا حين القبض عليهم أو حين يطلبون للعلاج (أحمد ، ١٩٦٩) .

ونجد هنا أنه تطالعنا مجموعة من التفسيرات لتعاطى المخدرات حيث يلخص (J. Clausen) حالة البيئات الاجتماعية التى ينتشر فيها تعاطى المخدرات بقوله : ان البيئات الاجتماعية التى يوجد فيها أعلى معدلات لتعاطى المخدرات تسكنها أكثر المجموعات حرمانا وفقرا وأقلها نجاحا . وهذه المناطق يوجد بها أيضا أعلى معدلات الجريمة والدعارة وأعلى معدلات لوفيات الأطفال والاصابة بالسل ، وأعلى نسبة من الأسر المتصدعة . وهى مناطق ذات كثافة سكانية عالية وعدم استقرار سكانى . وفى هذه المناطق تسكن عدة أسر فى شقة واحدة عادة ماتنقصها وسائل التدفئة أو دورات المياه الخاصة . والأطفال ينامون كل أثنين أو ثلاثة فى سرير واحد أو ينامون مع الراشدين . ونسبة كبيرة من الأسر لايكون لها عائل بصفة ثابتة

ومستمرة . والزواج فى هذه الأسر يتم بسرعة ولكنه ينتهى بسرعة أيضا . وكثير من النساء فى هذه الأسر يعملن ويتركن اطفالهن دون رعاية (شابت ، ١٩٨٤) .

ويفسر عالم الاجتماع الأمريكى (Dai) ظاهرة انتشار تعاطى المخدرات بأن العامل الحاسم فى الادمان هو اكتساب المعرفة بالمخدرات عن طريق الاختلاط بالذين يتعاطونها (أحمد ، ١٩٦٩) .

ويقدم (Becker) تفسيرا لظاهرة انتشار تعاطى المخدرات حيث يرجع ادمانها الى تعلم الأفراد كيفية استخدام المخدر ادراك اشارة الاستمتاع به (شابت ، ١٩٨٤) .

ويرى (R. Merton) روبرت مرتون ان تعاطى المخدرات هو استجابة انسحابية من جانب المتعاطى الذى يجد أن سبل النجاح مغلقة أمامه كما انه يستطيع ارتكاب أفعال اجرامية يحقق بها أهدافه لعجزه عن ذلك (شابت ، ١٩٨٤) .

ويرى موفر وفوجيل (M., Vogel) ان مدمن الأفيون وغيره من المركبات والعقاقير الأخرى لايتعاطاها للحصول على النوم أو للتخفيف عن الحاجة الفسيولوجية ولكن لمجرد الحصول على " الفرفشة " والتخدير لذاته والادمان عندهما عرض لمرض توجد بذوره فى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التى تؤدى الى خلق عدم الرضا والتعاسة والصراع والتوتر فى النفس البشرية ، (رشيد ، ١٩٨٤) .

ويهاجم انزويل (Ansubl) وجهة نظر علم الاجتماع بأن الخوف من

أعراض الحرمان مسئول عن الاستمرار فى تعاطى المخدر ، ويعتقد أن أسباب الادمان وراثية وبيئية وتدخل فيها عوامل النضج وعوامل الظروف الاجتماعية فهو يرى أن المدمن يستخدم المخدر كمنفذ لثورته وشحناته الاعتدائية نتيجة لعضويته فى جماعات محرومة يضع عليها المجتمع وصمة . والمدمن الناجح كان له فى طفولته أما الوالدين يضيفان عليه حماية زائدة أو كانا يسيطران عليه سيطرة معوقة . (رشيد ، ١٩٨٤) .

تؤكد أغلب البحوث الاجتماعية بأن الأسرة لها دور كبير فى تكوين أشخاص مدمنين حيث تؤكد دراسة روزنبرج وشيم بأن الأسرة التى يأتى منها المدمن غالبا متفتقر الى التماسك والأم غير ناضجة ومتقلبة أما الأب فهو متعصب دائما عن المنزل وقد توصلا الى أن أسر المدمنين ترتفع فيها درجة الاضطراب فى الشخصية والعداء الشديد للاب والارتباط المرضى بالأم (وهدان ، ١٩٨٦) .

كما ويؤكد بروكيل (Prukell) ان ضعف التربية الدينية فى الأسرة من أهم أسباب الادمان وقد وجد فى عينة البحث أن الأسر المفككة تقف وراء ٨٢ ٪ من أفراد العينة .

كما وخرج بلوم (Bloom) ومعاونيه عام ١٩٧٠ - ١٩٧٢ م دراسته بأن استعمال الآباء للعقاقير المخدرة يؤثر فى تناول أبنائهم نفس العقار وأوضح أن ٤٠ ٪ من المدمنين كان آباؤهم أيضا مدمنون (وهدان ، ١٩٨٦) .

<u>وقد خلص الباحث مما سبق بأن للعينة ونسق الأسرة والاختلاط بالمتعاطين للمخدرات والتقليد فى الممارسات والاحباط فى الحياة العملية له دور فى تعاطى الأفراد للمخدرات .</u>

ثانياً: تعاطى المخدرات والنظرة القانونية :

تعتبر جرائم المخدرات ذات صفة وطبيعة تسعى الدول كافة فى محاربتها لما لها من أثر سئ على فساد العقل والمجتمع وبالتالى انتشاره على مستوى المجموعات (العصابات) لما يدر عليهم من مبالغ مالية خيالية والذى يحدث بدوره انتشار الجريمة والرذيلة وانهيار الاقتصاد القومى اضافة الى مايسببه من انتشار الأمراض النفسية وفى مجال مكافحة المخدرات أبرمت الدول العديد من الاتفاقيات بمكافحة التداول والاستخدام الغير مشروع للمخدر وذلك للفترة من ١٩١٢ وحتى الآن وهى :-

أولا : اتفاقية لاهاى للافيون سنة ١٩١٢م :

تعتبر هذه الاتفاقية أول اتفاقية دولية فى مجال مكافحة المخدرات وأقتصر نطاقها على الأفيون ومشتقاته كالمورفين والكوكائين والهيروين وقد أرست هذه الاتفاقية مبدأ هام وهو قصر استخدام المخدرات على الأغراض الطبية ووجوب تعاون الدول الأطراف كما ومراقبة انتاج هذه المواد وتسجل أسماء الأشخاص المرخص لهم ببيع وتصدير هذه المواد كما ووضع دفاتر خاصة كما والزمت الدول الأعضاء فى الاتفاقية بتحديد المدن والموانئ والوكالات التى من خلالها يتم استيراد وتصدير الأفيون (الصاوى ، ١٩٨٤) .

ثانيا : اللجنة الاستشارية للافيون والمواد الضارة :

أنشأها مجلس العصبة فى ١٥ ديسمبر ١٩٢٠ لمعاونته وتوجيه المشورة اليه فى القيام بواجباته فى تجارة الأفيون والعقاقير المسببة للادمان والتى تهتم بالمعلومات التى ترد من الحكومات الأعضاء عن انتاج وصناعة المخدرات وبالتالى الدعوة الى عقد المؤتمرات الدولية لدراسة الموقف

العام بالنسبة للمخدرات واصدار القرارات المناسبة لمواجهة الحالة كما ويدخل ضمن اهتمامها أعداد الاتفاقيات المتعلقة بشئون المخدرات .

ثالثا : اتفاقية جنيف للافيون لسنة ١٩٢٥م :

أبرمت اتفاقية جنيف للافيون فى ١٩ فبراير سنة ١٩٢٥م بهدف ايجاد رقابة أكثر على تجارة المخدرات من تلك التى أوجدتها اتفاقية لاهاى كما استهدفت اتفاقية ١٩٢٥ ايجاد رقابة واشراف دوليين على تداول القنب الهندى الذى خلت اتفاقية ١٩١٢ من الرقابة على هذا النوع من المخدر وبذلك تكون اتفاقية جنيف ١٩٢٥ قد أدخلت مخدر الحشيش بالاضافة الى المواد المخدرة وهى الأفيون ومشتقاته كما أرست هذه الاتفاقية مبدأ قانونى يتمثل فى نظام شهادات الاستيراد والتصدير بالنسبة لتداول المخدرات بين الدول المصدرة والمستوردة وذكرت فى احدى التوصيات أن يكون استيراد مادة المخدر لابد أن يكون مصحوبا بشهادة يذكر فيها اسم المصدر وعنوانه والمادة كل الاستيراد وعلى وجوب حصول المصدر على ترخيص مبين فيه الكمية المصدرة واسم وعنوان المصدر وأن يكون هناك شهادة من الحكومة المستوردة للمخدر ترخص فيها بالاستيراد المذكور على أن يبين فى ترخيص التصدير المدة التى يتم فيها التصدير ، والسلطة التى منحت له هذه الرخصة ورقم وتاريخ رخصة التصدير . كما أوصت بأن على الحكومة المصدرة أن ترسل صورة من شهادة التصدير الى الدولة المستوردة (الصاوى ، ١٩٨٤) .

رابعا : اتفاقية جنيف للحد من تصنيع المخدرات وتنظيم توزيعها فى ١٩٣١ م :

أبرمت هذه الاتفاقية فى جنيف ١٣ يوليو سنة ١٩٣١م ورست هذه الاتفاقية

مبدأ التقديرات وتلتزم كافة الدول بأعماله ويقضى هذا المبدأ بأن تلتزم الدول على أن تتقدم للمكتب المركزى الدائم للافيون وهو جهاز انشأته اتفاقية جنيف للافيون سنة ١٩٢٥م فى موعد أقصاه أول أغسطس من كل عام بتقديراتها عن احتياجها من المخدرات المخصصة للاغراض المشروعة . ويبين فى هذه التقديرات ماتحتاج اليه الدولة من المواد لتحويلها لمخدرات طبية سواء للاستعمال المحلى أو التصدير . وأيضا بتجميد المخزون المراد الاحتفاظ به فى الدولة . وتخضع هذه التقديرات لرقابة جهاز دولى أنشأته الاتفاقية وهو الجهاز الرقابى الذى ينزل بهذه التقديرات الى الحد المقبول وعدم المغالاة كما يقوم بتقدير احتياجات الدول من المخدرات المشروعة فى حالة تخلف الدول بالتقدم بالكيفية والطريقة التى حددتها الاتفاقية (الصاوى ، ١٩٨٤)

خامسا : اتفاقية جنيف ١٩٣٦م لتنظيم معاقبة التجارة غير المشروعة فى المخدرات:

ابرمت هذه الاتفاقية فى ٢٦ يونيو ١٩٣٦م بجنيف وتختلف هذه الاتفاقية عن سابقتها ففى هذه الاتفاقية الزمت الدول الأطراف بوضع مبادئ قانونية من خلال تشريعاتها الداخلية بعرقلة نشاط ممارسة التجارة غير المشروعة فى المخدرات ومعاقبة مرتكبيها بعرف النظر عن جنسياتهم أو مكان ارتكاب الجريمة . ووضعت هذه الاتفاقية المبادئ الآتية :-

(أ) تشديد العقاب بالنسبة لجرائم المخدرات وذلك بالنسبة لصناعة المخدرات أو تحويلها أو استخراجها واحرازها وتقديمها للجميع أو شرائها والتنازل عنها وتصديرها واستيرادها وذلك بمخالفة الأحكام القانونية لاتفاقية لاهاى ١٩١٢م واتفاقيتى جنيف ١٩٢٥ ، ١٩٣١م وكذلك

المساهمة فى الأعمال السابقة أو الاشتراك أو الاتفاقية فى تنفيذ هذه الأعمال أو الشروع فيها .

(ب) العود من الناحية الدولية . قررت الاتفاقية مبدأ العود من الناحية الدولية وشددت العقوبة فى العود - تكرار الجريمة - الدولى .

(جـ) قررت مبدأ عاليه العقوبة وهو يفى العقاب بصرف النظر عن الجنسية أو مكان ارتكاب الجريمة وأصبح لكل دولة الحق فى عقاب الشخص المدان بارتكاب جريمة من الجرائم السابق الاشارة اليها بصرف النظر عن جنسية أو مكان ارتكاب الجريمة .

(د) مبدأ تسليم المجرمين : ويعتبر هذا المبدأ من أبرز صور التعاون الدولى لمكافحة الجريمة اذ يكفل هذا المبدأ عدم افلات المجرم من العقاب (الصاوى ، ١٩٨٤) .

سادسا : برتوكول سنة ١٩٤٦م :

ظلت لجنة الأفيون المركزية وهيئة الاشراف الدولية على المخدرات فى أداء أعمالها خلال الحرب العالمية الثانية ، أما اللجنة الاستشارية الخاصة بالاتجار فى الأفيون والمواد الضارة الأخرى فقد اجتمعت آخر مرة عام ١٩٤٠ ثم أنتهى وجودها بحل عصبة الأمم وانشاء هيئة الأمم المتحدة التى استحدثت أجهزة تساهم فى مكافحة المخدرات ففى ١١ ديسمبر ١٩٤٦م أبرم البروتوكول الذى يهدف نقل اختصاصات عصبة الأمم فى مجال مكافحة المخدرات الى الأمم المتحدة (الصاوى، ١٩٨٤) .

سابعا : بروتوكول باريس عام ١٩٤٨م :

أبرم بروتوكول ١٩٤٨ فى ١٩ نوفمبر بباريس وذلك لاخضاع المواد المخدرة الخارجة عن نطاق اتفاقية جنيف سنة ١٩٣٦ للرقابة الدولية (الصاوى ، ١٩٨٤) .

ثامنا : اللجنة الفرعية للاتجار غير المشروع عام ١٩٥١م :

أنشأتها لجنة المخدرات عام ١٩٥١م وحددت اختصاصاتها بدراسة الموضوعات المتعلقة باتجاهات الاتجار غير المشروع فى المواد المخدرة فقط ولها أن تصدر ماتراه بشأنها من قرارات تعرضها على لجنة المخدرات التى أنشئت فى أول دورة له فى شهر فبراير ١٩٤٦م . (الصاوى ، ١٩٨٤) .

تاسعا : بروتوكول نيويورك عام ١٩٥٣م :

أبرم هذا البروتوكول فى ٢٣ يوليو ١٩٥٣م فى مدينة نيويورك والهدف منه الحذر من زراعة المخدرات وتنظيم زراعتها للاغراض الطبية والعملية فقط.

عاشرا : الاتفاقية الموحدة للمخدرات سنة ١٩٦١م :

أبرمت الاتفاقية الموحدة للمخدرات فى ٣٠ مارس ١٩٦١م بهدف تقنين الاتفاقيات السابقة فى مجال مكافحة المخدرات والتوسع فى الرقابة الدولية فى هذا المجال ومن أهم المبادئ القانونية التى أرستها هذه الاتفاقية هى :-

(أ) قصر زراعة المخدرات على الاحتياجات اللازمة للاغراض العلمية والطبية .

(ب) قصر صناعة المخدرات على الاغراض العلمية والطبية .

(ج) قصر التداول فى المخدرات على الأغراض العلمية والطبية .

(د) الزام الدول الأطراف فى الاتفاقية باتخاذ التدابر اللازمة الكفيلة باعتبار المخدرات وانتاجها وصنعها واستخراجها وتحضيرها وتقديمها وعرضها لبيع والسمسرة فيها وتوزيعها وشرائها وبيعها وتسليمها وأى فعل تراه الدول الأطراف مخالفا جرائم معاقب عليها كما واتخاذ التدابير الكفيلة بغرض العقوبات المناسبة لهذه الجرائم .

كما وتضمنت الاتفاقية فى نطاق الرقابة الدولية على المخدرات بحيث شملت مخدرات جديدة وكذلك أكدت مبدأ عالمية العقاب والتجارة غير المشروعة فى المخدرات وأرست هذه الاتفاقية مبدأ جديدا فى مجال مكافحة المخدرات وهو علاج مدمنى المخدرات واعادة تأهيلهم وأوصت الاتفاقية الدول التى يشكل ادمان المخدرات فيها خطورة وتسمح مواردها المالية بانشاء المرافق العامة لتوفير العلاج اللازم لمدمنى المخدرات (موسى ، ١٩٨٣م) .

الحادى عشر: اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١م :

أبرمت هذه الاتفاقية فى ٢١ فبراير سنة ١٩٧١م ودخلت مرحلة النفاذ فى السادس عشر من أغسطس ١٩٧٦م وأشتركت فى ابرامها نحو ٤٥ دولة وذلك حول اساءة استعمال المخدرات المصنعة كيمائيا والتى لم

تتناولها الاتفاقيات السابقة على هذه الاتفاقية والتى لها تأثير نفسى وعقلى وتؤدى الى الادمان السريع على متعاطيها وقد أبرمت هذه الاتفاقية بهدف قصر الاستعمال للمؤثرات النفسية والعقلية على الأغراض العلمية والطبية تحقيقا للصحة العامة للانسانية (التقرير السنوى لمكافحة المخدرات لمصرية ، ١٩٨٤) .

الثانى عشر: بروتوكول ١٩٧٢م بجنيف :

عقد البروتوكول فى ٢٥ مارس ١٩٧٢م بجنيف لتعديل الاتفاقية الموحدة للمخدرات لسنة ١٩٦١م وذلك بهدف التوسع فى اختصاصات وصلاحيات الهيئة الدولية للرقابة على المخدرات هذا بخلاف جعل جرائم المخدرات من الجرائم الواجب تسليم المجرمين فيها (التقرير السنوى لمكافحة المخدرات المصرية ١٩٨٤م) .

الثالث عشر: المؤتمر الأقليمى الرابع للجمارك والشرطة :

لقد عقدت عدة اتفاقيات ومؤتمرات دولية أخرى للنظر فى مشكلة ازدياد تعاطى المخدرات ومنها المؤتمر الأقليمى الرابع للجمارك والشرطة الذى عقد فى مدينة لشبونة بالبرتقال فى ٢٥ - ٢٩ يوليو ١٩٨٤م لتدعيم أسس التعاون بين الجمارك والشرطة فى مجال عمليات تهريب المخدرات (التقرير السنوى لمكافحة المخدرات المصرية ، ١٩٨٤م) .

والمتتبع للاهتمام الدولى بمشكلة المخدرات يجد أن هذا الاهتمام مر بثلاثة مراحل رئيسية وهى :-

(١) قيام عدة حكومات باتخاذ اجراءات على نطاق قوى .

(٢) أصبحت المشكلة مسألة معاهدات دولية خاصة بتجارة المخدرات .

(٣) قيام عصبة الأمم المتحدة وتتميز بتكوين جهاز دولى دائم للمراقبة (رشيد ، ١٩٨٤م) .

ونظرا لهذا لم تهتم الدول الاهتمام الكافى بالجانب الانسانى فى الادمان الا فى وقت قريب جدا منذ سنة ١٩٧٠م وذلك عن طريق التوصية بعمل بحوث عن المدمنين أنفسهم وعقدت مؤتمرات لمختلف العاملين فى هذا المجال من أطباء وعلماء نفس واجتماعيين بقصد تبادل الخبرات (عبد السلام ، ١٩٧٧م) .

الجهات المختصة بمكافحة المخدرات فى المملكة العربية السعودية :

توجد عدة وزارات يتبع كل منها جهاز أو أجهزة مختلفة تختص بمكافحة المخدرات وتعنى بمشكلتها وهى :-

(١) وزارة الداخلية وتتبعها عدة أجهزة تقوم بأعمال المكافحة وهى على رأس هذه الأجهزة التى تعنى بهذه المشكلة من كافة جوانبها وتختص بمكافحة زراعة وانتاج وتصنيع المواد المخدرة والاتجار فيها بكافة أنواعها ومصميات ومتابعة نشاط عصابات التهريب وكبار التجار للقضاء عليهم أو الحد من خطورتهم ووضع الخطط العامة والموسمية لاكمال المكافحة بالتنسيق مع الأجهزة التى تعنى بالمشكلة وتتفرع منها الآتى :-

(أ) وحدات المباحث الجنائية بمديريات الشرطة ، وتقوم كل منها بمكافحة المخدرات فى حدود الاختصاص المكانى لكل منها .

(ب) قوات الشرطة المحلية بمديريات الشرطة ، وتقوم كل منها بمكافحة المخدرات فى حدود دائرة اختصاصها .

(جـ) قوات سلاح الحدود ، وهى من الأجهزة التابعة لوزارة الداخلية بالمملكة ويدخل ضمن اختصاصها مكافحة المخدرات وذلك بمنع تهريبها سواء ا على الحدود البرية أو البحرية وذلك ضمن اختصاصها المكانى والأقليمى لها .

(٢) وزارة المالية والاقتصاد : ويدخل ضمن اختصاصها مكافحة تهريب المواد

المخدرة من والى المملكة ويتم بمعرفة رجال الجمارك المختصين بالمطارات والموانئ البحرية .

(٣)وزارة الصحة :

ويدخل ضمن اختصاصها مكافحة الاتجار غير المشروع فى العقاقيرالطبية المخدرة بواسطة مفتش الادارة العامة للصيدلة كما تقوم بعلاج المدمنين والاشراف عليهم فى المستشفيات والعيادات التابعة لها .

(٤) وزارة الاعلام :

وتقوم بالدور الاعلامى بتوعية المواطنين بأضرار المواد المخدرة ومخاطرها عن طريق قنواتها المختلفة .

(٥) وزارة الشئون الاجتماعية :

وتشرف على المؤسسات العلاجية التابعة لها والخاصة بعلاج المدمنين كما تقوم برعاية أسر المسجونين فترة وجود عائلهم بالسجن وتعمل على تأهيل المفرج عنهم من السجون ليسلكوا الطريق السليم القويم .

(٦) وزارة الأوقاف :

وتقوم بالتوعية الدينية للمواطنين وارشادهم الى طريق الخير والصلاح فى دينهم ودنياهم وبيان حكم الشريعة الاسلامية فى تحريم التعامل فى المواد المخدرة بكافة صوره وذلك عن طريق الأجهزة المختلفة بها .

(٧) الرئاسة العامة لهيئة البحوث والافتاء والدعوة والارشاد :-

وهى تقوم بنشر الوعى الدينى لدى فئات المجتمع المختلفة بتعريفهم بأضرار المخدرات وتأثيرها على الفرد دينيا وخلقيا واجتماعيا ، كما واسداء النصح فى خطب المساجد والندوات والمحاضرات المنظمة لذلك .

هذا وتوجد بعض وزارات وأجهزة أخرى تعنى بمشكلة المخدرات ولكن ذلك يتم فى نطاق محدود وليس بالقدر المتوفر لدى الأجهزة السابقة .

عقوبة متعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية ومهربيها ومروجيها :

الأنظمة الخاصة بالمخدرات فى المملكة العربية السعودية :

(١) نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة واستعمالها .

(٢) قرار مجلس الوزراء رقم (١١) فى ١٣٧٤/٢/١هـ بتعديل عقوبات جرائم المخدرات

(٤) قرار مجلس الوزراء رقم ٦١٤ بتاريخ ١٣٨٧/٧/١٥هـ والمتوج بموافقة جلالة الملك المعظم والمتضمن خطر زراعة الجنزفورى أو تداوله درءا للاخطار التى تنجم عنه وتحديد العقاب المناسب لذلك .

( ) الأمر الملكى رقم ٢٠١٧ بتاريخ ١٣٩١/٤/١٦هـ بتطبيق عقوبة المخدرات على مهربى القات ومستعمليه .

(٥) تطبيق القواعد الشرعية الخاصة بالتعزيرات فى الحالات التى لايحكمها نص فى كتاب أو سنة ولاتدخل فى بند من بنود الأنظمة .

يتكون هذا النظام من أثنين وعشرون مادة وقد ذيل بعد ذلك ببعض التعليمات فى المواد الكحولية .

نصت المادة الثانية من نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة واستعمالها على أنه تشمل عبارة المواد المخدرة والعقاقير المذكورة فى المادة (٣) من هذا النظام .

المواد المنصوص عليها فى المادة الثالثة :

نصت المادة الثالثة من نظام منع الاتجاه بالمواد المخدرة واستعمالها بالمملكة العربية السعودية على أن المواد المخدرة التى تشملها أحكام هذا النظام هى :-

(١) الأفيون الخام .

(٢) الأفيون الطبيعى .

(٣) الأفيون المستحضر .

(٤) المورفين - والكودين - والديونين - والهيروين وأشباه القلويات الأخرى للافيون وجميع أملاح هذه الجواهر ومشتقاتها .

(٥) كل المستحضرات التى تباع فى الصيدليات والغير رسمية المحتوية على اثنين فى الألف من المورفين والديونين وواحد فى الألف من الهيروين وعلى ثمانية فى الألف من الكودين أو أية نسبة تزيد على ذلك .

(٦) الكوكا : أوراقها وثمارها ومسحوقها وكافة أنواعها المختلفة التى يمكن اخراج الكوكائين منها مباشرة أو يتحصل عليها منها بواسطة تغير كيماوى .

(٧) الكوكايين الخام : وهو مايستخرج من ورق الكوكا الذى يمكن استعماله لاعتصار الكوكايين مباشرة أو بالواسطة .

(٨) الكوكايين وأملاحه والتوكايين ومشتقاته وكل المستحضرات والمركبات المشتملة على (١) فى الألف من الكوكايين والنوكايين .

(٩) الايكوتين وجميع مشتقاته التى يمكن استعماله صناعيا فى توليده .

(١٠) القنب الهندى ايا كان الاسم الذى يعرف به فى التجارة والخلاصات والأصباغ وجميع مستحضراته ومشتقاته والمادة الصمغية قاعدة لها.

بعض العقوبات فى المملكة العربية السعودية فى المواد المخدرة :

(١) عقوبة تهريب المواد المخدرة :

نص قرار مجلس الوزراء رقم (١١) سنة ١٣٧٤هـ فى المادة الأولى منه على عقاب كل من يثبت عليه لدى المحاكم المختصة تهريب المواد المخدرة الى المملكة مباشرة أو غير مباشرة بالعقوبات التالية :

(أ) السجن لمدة قدرها خمسة عشر عامـــــا

(ب) مصادرة المواد المخدرة المهربة واتلافها .

(جـ) غرامة مالية قدرها عشرون ألف ريال عربى سعودى .

(د) ثم بعد تطبيق هذه العقوبات الثلاث : السجن والمصادرة والغرامة - ينظر فى جنسية الجانى فان كان سعوديا عوقب بحرمانه من السفر ووضعه داخل المملكة تحت المراقبة الدائمة وأما ان كان أجنبيا فانه يعاقب كذلك بالابعاد عن المملكة ويحرم من الدخول اليها . وتعطى صورته الى خفر الموانئ والحدود والممثليات .

(٢) عقوبة الاشتراك فى تهريب المخدرات :

نص قرار مجلس الوزراء المشار اليه على عقاب كل شخص يثبت عليه لدى المحاكم الاشتراك فى تهريب المخدرات وتسهيل دخولها الى البلاد بالعقوبتين الآتيتين :

(أ) السجن لمدة سبع سنوات .

(ب) الفصل من الوظيفة ان كان موظفا .

(٣) عقوبة حيازة المخدرات والاتجار بها :

نص قرار مجلس الوزراء رقم (١١) سنة ١٣٧٤هـ على أن كل شخص من غير الصيادلة

والمرخص لهم بالاتجار بالمواد المخدرة - تثبت حيازته لشئ من المخدرات أو توسطه فى تصريفها بالبيع أو الارسال أو النقل من جهة الى أخرى يعاقب بالعقوبتين الآتيتين :-

(أ) السجن لمدة خمس سنوات .

(ب) غرامة مالية قدرها عشرة آلاف ريال عربى سعودى .

(٤) <u>عقوبة تعاطى المواد المخدرة</u> :

نص قرار مجلس الوزراء المشار اليه على عقاب كل من يثبت عليه شرعا لدى المحاكم المختصة تعاطى شئ من المخدرات بالعقوبات الآتية :

(أ) السجن لمدة سنتين .

(ب) التعزير بنظر الحاكم الشرعى .

(جـ) الابعاد من البلاد ان كان أجنبيا .

ملحوظة :

نصت التشريعات القانونية أخيرا بالقتل للمهربين والمروجين .

ثالثاً: تعاطي المخدرات والنظرة التاريخية :

الأفيون ومشتقاته :

لقد ذكر أنه جاء في لوحة سامرية سنة ٤٠٠٠ ق . م وقد أطلقوا عليه اسم " نبات السعادة " وفي سنة ٣٣٠٠ ق . م جاء في لوحة أخرى وصف حصاد الأفيون وكان أسلوب القدماء لايختلف عن المتبع حاليا في استخراج الأفيون الخام الذي يحتوي على المادة لمدة تتراوح من ٧ - ١٠ أيام في السنة فقط وقد استعمل قدماء المصريين الأفيون كما جاء في بردية ايبر سنة ١٥٠٠ ق . م حيث أشاروا الى دواء يمنع الأطفال في الأفراط في البكاء وكان الفراعنة يستخدمون مزيجا من الأفيون وغائط الذباب لهذا الغرض . ويشير هوميروس في الأوديسا الى استعمال الأفيون لازالة الكرب والضيق وكان تمثال اله " النوم" عند الاغريق " هينبوس " ونفس الاله عند الرومان " سومنوس " مزينا بثمار الخشخاش وفي أساطير الرومان كان سومنوس يسكب عصيرا من وعاء في عيني النائم وفي الأساطير الضعيفة يقال أن نبات الخشخاش ظهر عندما سقط جفنا بوذا الذين قطعهما حتى لاينام وعلى الرغم من أن أبوقراط لم يكن متحمسا لوصف الخشخاش فان أحد عقاقيره كان يحتوي عليه . ولقد أستعمل جالينوس الطبيب الاغريقي الأفيون بكثرة لعلاج الصداع والدوخة والمغص والحمى والجزام وأمراض أخرى كثيرة . ويشير جالينوس الى أن الأفيون كان يمزج بالسكر ويباع في الشوارع للناس لاستخدامه من أجل الترفيه ويفيد المؤرخون أن الامبراطور الروماني ماركس اريليوس كان مدمنا على الأفيون وعاني من أعراض الامتناع أحيانا وقد استعمل الأطباء العرب الأفيون وقد وصفه البيروني في كتابه سنة ١٠٠٠ بعد الميلاد كما وصف أمراض الادمان عليه وبرع ابن سينا في استخدامه في العلاج (وهدان ، ١٩٨٦م) .

ثم أستخدمه الطبيب الأوروبى باراسلوس سنة ١٧٠١م ولم تتضح خواص الأفيون الادمانية الا فى النصف الثانى من القرن السادس عشر حين وضعها الطبيب الألمانى راوفولف Rauwalf سنة ١٥٦٠م أثناء زيارته للشرق الأوسط وفى القرن الثامن عشر قال الطبيب الانجليزى المشهور الدكتور/ توماس سيدنهام أن علاج الأمراض مستحيل بدون وجود الأفيون وكان يستخدمه على شكل سائل مركب سماه الأودانوم ثم قام مساعده دوفر بتحضير مسحوق مركب أطلق عليه اسمه (وهدان ، ١٩٨٦) .

وقد ورد ذكر الأفيون فى الكتابات الصينية الطبية سنة ١٠٠٠ ميلادية ويقال أن العرب هم الذين أدخلوا الأفيون فى الصين(وهدان ، ١٩٨٦)

وفى سنة ١٦٤٤م حرم الأمبراطور تدخين التبغ الذى كان يستخدم مع الأفيون وأدى تحريم التبغ الى انتشار تدخين الأفيون فى الصين وفى سنة ١٧٢٩ صدر أول قانون ضد استعمال الأفيون فى الصين وكان يقضى بخنق أصحاب محلات الأفيون . الا أن القانون لم يمنع تهريب الأفيون من الهند التى كانت تحت الاستعمار الانجليزى فى ذلك الوقت(عبد السلام ، ١٩٧٧) .

وفى نهاية القرن الثامن عشر حصلت شركة الهند الشرقية الانجليزية على احتكار انتاج الأفيون من الهند ولكنها لم تشجع التهريب صراحة بل اتفقت وديا مع شركات أخرى كانت تشترى منها الأفيون ثم تصدره للصين وتكسب من ذلك أرباحا طائلة وزاد عدد صناديق الأفيون المهربة عن هذا الطريق من ٢٠٠ صندوق سنة ١٧٢٩ الى ٢٥ر٠٠٠ صندوق سنة ١٨٣٨م (وهدان ، ١٩٨٦)

وفى سنة ١٨٣٩م أوفد أمبراطور الصين المنوفى لين Line وكان رجلا شريفا الى مقاطعة كانتون للقضاء على تهريب الأفيون وطالب التجار بتسليم مخزنهم من الأفيون وسجن التجار ووافقت الحكومة البريطانية على ذلك وتم حرق الأفيون واطلاق سراح التجار وتوالت الضغوط على تجارة الأفيون وفى نفس السنة قامت جماعة من البحارة الانجليز والأمريكيين السكارى بقتل صينى واتخذت الحكومة البريطانية من الحادث ذريعة لارسال ١٠٫٠٠٠ جندى بريطانى حاربوا الصينيين وهزموهم واستولوا على جزيرة هونج كونج وأخذوا ٦ ملايين دولار تعويضا عن الأفيون الذى حرق (وهدان ، ١٩٨٦)

وفى سنة ١٨٥٠م أعادت بريطانيا الكرة وتزايد تصدير الأفيون الى الصين حتى سنة ١٩٠٨م الى أن اتفقت الحكومتان على تحديد الكمية وكان هدف بريطانيا من هذه الحروب الكسب الاقتصادى والتوسع واحتلال أجزاء من الصين . وقد أحتج البرلمان الانجليزى مرارا على لا أخلاقية تصرف الحكومة الى أنه تمكن من الضغط عليها فتوقفت تجارة الأفيون نهائيا سنة ١٩١٣م (وهدان ، ١٩٨٦)

وبالنسبة لمشتقات الأفيون ففى سنة ١٨٠٦ تمكن مساعد الصيدلى الألمانى فريد ريش سيرتيز (Stiertis) من عزل مادة المورفين وفى سنة ١٨٢٢ تم عزل الكودائين وفى سنة ١٨٣٣ صنعت الحقن وبذلك أمكن تسكين الألم بواسطة المورفين . وأنتشر استعماله خلال الحرب الأهلية الامريكية والحرب الفرنسية الألمانية سنة ١٨٧٠م وأصبح عدد كبير من الجنود مدمنين عليه فأنتشر ادمان الأفيون والمورفين فى الولايات المتحدة وقد ساعد على ذلك الاستعانة بالأيدى العاملة الصينية فى غرب أمريكا الا أن عادة تدخين الأفيون لم تنتشر فى أمريكا فى ذلك الوقت لمدة طويلة لأن الأفيون يسبب الكسل ويعوق الانتاج الأمر الذى يتنافى مع أهداف المجتمع الامريكى

بالاضافة الى احتقار الصينيين وفى سنة ١٩١٠م بدأت الحكومة الأمريكية فى اتهام الأطباء باحداث الادمان (الدمرداش ، ١٩٨٢)

وفى سنة ١٩١٤م صدر قانون هاريسون الذى حرم بيع الأفيون خارج الصيدليات بدون وصفات طبية وكان معظم مدمنى الأفيون والمورفين آنذاك من متوسطى الأعمار .
(الدمرداش ، ١٩٨٢)

وفى سنة ١٨٧٤م صنع شانى استيل المورفين أو الهيروين لأول مرة فى مستشفى القديسة فارس فى لندن وسوقته شركة باير الألمانية فى ١٨٩٨م وادعت الشركة آنذاك أن الهيروين لايسبب الادمان . وبدأ استعمال الهيروين فى الانتشار وتبين أن قدرته على احداث الادمان عالية جدا الى الحد الذى دفع الدول الى عقد الاتفاقات الدولية التى تحرم صنعه الا لأغراض محدودة جدا فى علاج مرض السرطان الميئوس من شفائهم وليس للهيروين أى فوائد طبية وفى سنة ١٩٤٦م صنع الميثادون الشبيه بالمورفين وفى سنة ١٩٦٧م صنع السوسيجون أو البنتازوسين (الدمرداش ، ١٩٨٢)

الكوكايين ومشتقاته :

عرفه هنود الانكا منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد ولايزالون يستعملونه حتى الآن بمضغ أوراق النبات واستحلابه .

وقد عرفت أوروبا الكوكايين فى منتصف القرن التاسع عشر حين قدم الصيدلى الفرنسى انجلو ماريانى أوراق الكوكا للجمهور سنة ١٨٥٦م وكان ماريانى يستورد أوراق الكوكا ويستخرج عصارتها لصنع مستحضرات مختلفة منها : قطع حلوى وشاى الكوكا ونبيذ ماريانى الذى كان يحتوى على الكوكائين . وقد اقتنى ماريان من

من بيع هذه المنتجات ثراء كبيرا وخلع عليه البابا وساما تقديرا له على صنعه هذا النبيذ أقبل الأمراء وكبار القوم على تعاطيه (الدمرداشي ، ١٩٨٢م) .

وفي أمريكا الشمالية قام جون بيبرتون في ولاية أطلنطا سنة ١٨٨٦م بصنع شراب يحتوى على خلاصة أوراق الكوكا والكافيين المستخرج من جوزة الكوكا وكان يدعى أنه يعالج أمراضا كثيرة وعرف هذا الشراب باسم كولا بولا أو نبيذ الكولا وأصبح الكوكايين يباع في الصيدليات بدون وصفات طبية على شكل نقط للانف ودواء للزكام لأنه كان يخفف من انسداد الأنف (وهدان ، ١٩٨٦)

ولما أدرك الجمهور خطورة هذه المادة وأوراق الكولا التي تحتوى على ٢ ٪ من مادة الكوكائين الفعالة قام بالضغط على مصنعي هذه المستحضرات وأدى ذلك أن منعت شركة كوكاكولا اضافة الكوكايين الى مستحضراتها وتبع ذلك تشريع سنة ١٩٠٦م في الولايات المتحدة الأمريكية الذي ينص على كتابة محتويات المستحضرات والعبوات على الغلاف الخارجي ، ثم قانون هاريسون سنة ١٩١٤م الذي نص على عدم السماح بصرف الكوكايين ومستحضراته الا بوصفة طبية واعتباره من العقاقير الخطرة . وقد أدى ذلك الى تقلص عدد متعاطي الكوكائين ، وفي أوائل الثلاثينات حلت منشطات الأمفيتامين مكان الكوكائين (وهدان ، ١٩٨٦م) .

ويستخدم المتعاطي مسحوق الكوكائين على صورة سعوط يقوم باستنشاقه ومن النادر أن يحقن المتعاطي نفسه بالكوكائين في الوريد مثلما يفعل مدمنوا الهيروين وليس من النادر أن يستخدم مدمن الهيروين الكوكائين أيضا لتخفيف الشعور بالكسل والخمول الذي يسببه المخدر الأول (وهدان ، ١٩٨٦)

وقد تم عزل الكوكائين فى المختبر لأول مرة سنة ١٨٦٠م وأستخدم كمخدر موضعى فى عمليات العيون لأول مرة سنة ١٨٨١م ولكن آثار الكوكايين الجانبية الضارة أد الى استبداله بمادة البروكايين وهى مادة أقل ضررا وذلك سنة ١٩٠٦م (وهدان ، ١٩٨٦م) .

الحشيش والماريوانا :

وردت أول اشارة عن الحشيش فى كتاب صيدلية ألفه الأمبراطور الصينى شينج تانج سنة ٢٧٣٧ ق . م وسمى كتابه " المحررين الآثام " وكانت له فى رأيه فوائد طبية متعددة أما كلمة " كانابيس " فهى يونانية الأصل وتعنى الضوضاء ولعلها اشارة الى الاصوات المرتفعة التى يصدرها المتعاطون ، أما كلمة حشيش باللغة العربية فتعنى العشب وقد أطلقت على المادة المخدرة الموجودة فى نبات القنب ولعل المسلمين عرفوه نباتا بريا فسموه الحشيش وفى رواية أخرى يقال أن كلمة حشيش مشتقة من كلمة " شيش " العبرية التى تعنى الفرح كناية عن شعور المتعاطى بالنشوة ، أما كلمة الحشاشين التى انتقلت الى اللغات الأوروبية لتصبح Assassins فأطلقت فى الأصل على طائفة من الاسماعيلية عاشت مع زعيمها حسن بن صباح فى قلعة الموت بين أواخر القرن الحادى عشر وأوائل الثانى عشر فى الجبال الكائنة فى شمال ايران . ويقال أنه كان يحث مريديه على تعاطى مزيج من الحشيش والداتورا والأفيون ثم يتركهم بصحبة الفتيات فى بستان جميل ثم يوحى لهم وهم تحت تأثير المخدر أنهم يرون الجنة ومتعها التى سيدخلونها اذا نفذوا أوامره ثم يأمرهم باغتيال خصومه . وقد حاول الصليبيون محاربتهم أثناء احتلالهم لبلاد الشام ولم ينجحوا وحاول الاسماعيلية اغتيال صلاح الدين الأيوبى فحاربهم (وهدان ، ١٩٨٦م).

أما كلمة " ماريهوانا " أو " ماريجوانا " برتغالية الأصل ومشتقة من مارانجوا وتعنى التخدير فى هذه اللغة ولقد عرف المصريون القدماء الحشيش وكذلك عرفه الآشوريون والفرس والهنود والصينيون (عبد السلام ، ١٩٧٧)

وقد وصفه هوميروس فى الأوديا باسم " يشنش " وكذلك ذكره المؤرخ الرومانى بلينى . وذكره الطبيب الرومانى جالينوس وكان يستعمله مع البهارات والمشروبات كمنشط منعش ويقال ان ابن البيطار أول طبيب وصف التخدير الذى يسببه الحشيش الذى كان يزرع فى بساتين مصر وذلك قبل القرن الثالث عشر الميلادى .

وقد عرفت القبائل الجرمانية القديمة نبات القنب سنة ٥٠٠ ق . م وكانوا يصنعون الملابس من أليافه ويستعملونه كدوا (عبد السلام ، ١٩٧٧)

القات :

يقال أن الأحباش أدخلت القات الى اليمن سنة ٥٢٥ م وأن كلمة قهوة وقات مأخوذتان من كلمة حبشية واحدة " قهفا " وهو اسم مدينة صغيرة فى الحبشة وقد ورد ذكر القات فى كتاب مسالك الابصار لفضل الله العرى ١٣٠١ - ١٣٤٨م (وهدان ، ١٩٨٦)

ويقال ان الاسكندر الأكبر تعاطى القات والقصة الشائعة أن اليمنيين عرفوا القات بعد أن ذهب راع يبحث عن شاه افتقدها فوجدها نائمة مخدرة تحت شجرة القات وأوراقه فى فمها . ونقد أدرج القات مؤخرا ضمن قائمة المخدرات بواسطة هيئة الصحة العالمية سنة ١٩٧٣م . (وهدان ، ١٩٨٦م) .

المستنشقات والمواد المتطايرة :

بدأ سوء استعمال المواد المتطايرة بعد أن اكتشف سير جوزيف بريستلي غاز أوكسيد النيتروز المخدر أو الغاز الضاحك سنة ١٧٧٦م وشاع استخدامه في بداية القرن التاسع عشر بواسطة بعض الناس لاحداث النشوة واللهو والتسلية ثم حدث نفس الشئ بعد اكتشاف مخدر الاثير (وهدان ، ١٩٨٦)

وكانت تقام الحفلات التي يستنشق فيها المشتركون للشعور بالنشوة والدوار وأول حالة استنشاق لهذه المواد وصفها الاطباء كانت سنة ١٩٠٠م حيث وصف بيترز حالة فتاة عمرها ١٤ سنة كانت تستنشق أبخرة البنزين وفي سنة ١٩٣٧م وصف طبيب آخر حالة طالب كان يستنشق تتراكلورايثيلين (وهدان ، ١٩٨٦م) .

رابعـاً: النظرة النفسية لتعاطى المخدرات :

أولا : التفسير النفسى البايولوجى :

يرى أصحاب هذه النظرية أن هناك مجموعة من العوامل الشعورية واللاشعورية تقف خلف ادمان الفرد على الكحول والمخدرات ومن أجل معرفة هذه العوامل نحتاج الى دراسة الكيفية التى ينظر بها الفرد الى نفسه والعالم المحيط به والكيفية التى تقوده لهذا الواقع الى تناول المخدرات والهدف الرئيس لهؤلاء هو الوصول الى حد يمكن معه التنبؤ بحالات الادمان فى ظل مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية ومن ثم برامج لمكافحته . وفى هذا يرى أصحاب التفسير أن هناك فئات معينة من الأفراد الذين يمثلون مناخا خصيما لانتشار الادمان وفى هذا الصدد يرى مور Mor ومك كوبن McCubbin النقاط الأساسية التى يجب السعى وراءها للاجابة عليها وهى الاتى :

(١) ربما يكون هناك أسباب وراثية تؤدى الى الادمان اذا رافقها مناخ اجتماعى مفرز لها .

(٢) ان عدم قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الصعبة قد يدفعه الى الادمان .

(٣) قد تكون اللذة الناتجة عن تأثير المخدر سببا كافيا للادمان (الحارثى ، ١٩٨٦) .

ثانيا : تفسير نظرية التحليل النفسى :

يرى التحليليين ان الادمان على الكحول نتيجة لتثبيت تعرض له الفرد فى احدى مراحل النمو النفسى الجنسى وعلى وجه الخصوص فى المرحلة الفمية

وان الضغط النفسى أوجدته أزمة حادة مرتبطة بعدم حصول الطفل على الاشباع الكافى لحاجات تلك المرحلة وبذلك تؤدى الى استعداد الفرد لأن يكون مدمنا وعلى الرغم من عدم توفر الدلائل الاحصائية على هذا التفسير الا أن من الواضح أن أغلب الكحوليين على وجه الخصوص ينزعون الى التدمير الذاتى ويظهر هذا النزوع بشكل واضح من خلال تدمير العناصر الأبوية من بناء شخصياتهم ومن تدمير أنفسهم بالادمان على الشراب • ومن خلال التصور التحليلى هذا يمكن اعتبار الادمان عبارة عن محاولة لاشباع حاجات أساسية عن الفرد فالشراب المسرف يمكن أن يؤدى الى عدة أشكال من الاشباع والتى لايمكن الحصول عليها بغير الكحول • ويقدم وارمسر Warmser تصورا تحليليا ديناميكيا للادمان على المخدرات والذى يسميه (الحلقة المفرغة) ويتكون هذا النموذج من المرحلة التالية :-

(١) الأزمة وهى الحدث الكبير الحاد التأثير فى حياة الفرد سواءا كان حدثا مفرحا أو مؤلما •

(٢) انهيار القدرة على مقاومة المخدر : وهو الشعور بالانهزام النفسى والجسمى •

(٣) اختفاء تأثير المخدر : حيث يبدأ الفرد فى الاحساس بشعور غامض ونزعة جارفة للبحث عن المتعة والاحساس بفقدان الهدف وعدم الارتياح عند التوقف عن المخدر •

(٤) مرحلة تدمير الذات : وهو ذلك السلوك العدوانى الموجه نحو الذات بواسطة الاسراف الشديد فى تناول المخدرات أو الخمور •

(٥) انقسام الأنا الأعلى : وذلك نتيجة للعداء تجاه جميع الرموز الأبوية فى بناء الشخصية حيث يبدأ الفرد فى التحلل من جميع المحددات

القبيحة التى ترتبط بالأنا الأعلى .

(٦) الاحساس بالحق فى تناول المخدر : وهو مظهر للموقف الايديولوجى الذى يتخذه الفرد تجاه نفسه والآخرين ويبرر بواسطته تناول المخدر أو الخمور كأسلوب ضرورى ومشروع للابتعاد عن هذا العالم المملوء بالتعب وعدم المساواة ، الحارثى (١٩٨٦) .

ونجد أن التحليليين يتكلمون عن أنواع مختلفة من الادمان ويعتبرونها جميعا اندفاعات مرضية والباعث وراء هذه الاندفاعات هو الحاجة الى الحصول على شئ يتضمن لامجرد الاشباع الجنسى ولكن يتضمن أيضا الشعور بالأمن والتعضيد ، وتأكيد الذات ، وكلها تعتبر أمورا جوهرية لكيان الفرد ذاته ، فهم يتكلمون عن ادمان المخدرات وادمان السرقة وادمان الأكل وادمان الحب ، فمدمن السرقة على سبيل المثال يقع فى دائرة فعلته عواقبها وخيمة لأن السرقة عنده لاتصبح كافية لاشباعه نفسيا فيستمر فى السرقة سعيا وراء هذا الاشباع الذى لن يتوصل اليه ويسمى هذا تبعا لذلك بمرض السرقة وانه لايختلف مدمن المخدرات عن هذا الا فى تأثير المخدر الكيمائى (المغربى ، ١٩٨٤) .

يتفق وارمسر (Warmser) مع كولمان فى أن للمدمنين انماطا مختلفة الا أنه يرى انم ينتمون الى جميع التصنيفات النفسية فهم مرضى نفسيون وعصابيون وقد يكون البعض منهم ذهانيون ، كما يرى أنهم عادة ما يكونون مزعجين وغير راضين عن أنفسهم أو عن المجتمع دائمى الاكتئاب والقلق (عبد السلام ، ١٩٧٧)

ويرى المحللون النفسيون أن مدمن المخدرات ضعيف جنسيا وان كثير من

المدمنين يأتون من بيوت كان الأب فيها ضعيفا والأم هـى الأقـوى ويمـثل استخدام المخدر لديهم طريقة من طرق التهرب من مسئولية اقامة علاقات مـع الجنس الآخر (جلال ، ١٩٨٠) ٠

ثالثا : التفسير السلوكى :

وبعكس أصحاب التحليل النفسى فان الادمان بالنسبة للسلوكيين يفسر بناء ا على قوانين التعزيز وان القلق والتوتر الذى يتعـرض له الفـرد أثناء تعامله مع الآخرين يمكن التخلص منه عن طريق تناول الكحول والمخدر وبما أن خفض التوتر بمثابة نتيجة تعزيزية فان احتمال استمـرار الفـرد فـى تناول المخدر أو الكحول كبير كلما شعر بالتوتر ومن هـنا فـان سـلوك الشراب أو تعاطى المخدرات قد يقوى كاستجابة للتوتر المستمر ويلى هـذه التجربة بناء الفرد لنظام تعزيزى داخلى حيث يتناول المخدر بشكل تلقـائى دون انتظار تلك المؤشرات التى تؤدى الى القـلق حـتى تظهـر ٠ وان السلوكيين يعترفون ان الادمان قد يصل الى مستويات شديدة الحـدة الأمـر الذى قد يجعل من النتائج الجسمية أكثر خطورة من تناول المخدر فـى حـد ذاته ٠ لكن السلوكيين يرون أن ظهور الأعراض الانسحابية تجعـل مـن تناول المخدر أكثر تعزيزا وذلك لأن الاستمرار على الادمان هنا ليس فقط استجابة للتوتر ولكنه محاولة للتخلص من الأعراض الانسحـابية التى تشكـل خـبرة مؤلمة (الحارثى ، ١٩٨٦) ٠

ولقد قام دالفـن ١٩٦٠ باستعراض البحوث التجريبية التى أجـريت عـلى الادمان وعلاقته بالشخصية والثقافة وأنتهى الى أن أنمـاط الادمان متعلمـة

كغيرها من أنماط الأعراض المرضية ، وأن التعلم الشرطي يدخل فـي تكـوين العـادة ويرى أن هذا النوع من التعلم هو تعلم شرطـي وسـبيلي أو أدائي ويعزى الادمان الى عامل التخفيف عن حدة الدافع (جلال ، ١٩٨٠) .

رابعا : نظرية الانحراف الاجتماعي :

يرى أصحاب هذه النظرية أمثال مرتون Merton ان الادمان على المخـدرات والكحول ناتج بالدرجة الأولى عن التناقض الشـديد بين مـايريد الفـرد تحقيقه في الحياة وقدراته الغير ملائمة لتلك الطموحات أو انعدام الفـرص التي تساعده على تحقيقها مما قد يدفع الفرد للجوء الى تناول المخـدرات أو الكحول لتفادى الأزمة النفسية والاجتماعية التي يعيشها .

أما أصحاب نظرية الدور الاجتماعي أمثال شيف (Scheff) وبيكر (Becker) فانهم يعتبرون اسراف الفرد على المخدرات والادمان عليها مدفوع الى حـد كبير بردود فعل المجتمع الذى ينظر الى هؤلاء الأفراد كأفراد غـربـاء أو منحرفين عن المجتمع . فى الوقت الذى ينظر فيه الفرد نفسه بأن المجتمـع هو الغريب والمنحرف ومن ثم يبدأ فى بناء موقـف أشـبه بالايديولوجـيا المناهضة للمجتمع وذلك لتبرير الاستمرار فى تناول المخـدر ويرى أصحـاب هذا التوجه أن الفرد المدمن يتخذ موقفا تدميريا فـى الحـيـاه أو الذى يسمونه الموقف الخالى من اللذة والذى ينظر فيه الفـرد الى نفسـه والى المجتمع نظرة ازدراء واحتقار (الحارثي ، ١٩٨٦) .

ويشير سلطان الىأن الاعتماد على المخدرات يشيع بين الأفراد فى الجماعـات

التى تعانى من الحرمان الاجتماعى . فبالاضافة الى الحياة الأسرية غير المنتظمة فان الفقر والأهمال الثقافى لهما تأثيرهما والتعاطى بالنسبة لهؤلاء الأفرد وسيلة للثورة على كل أسرهم ونظام المجتمع الذى يكرهونه (سلطان ، بدون) .

أما ويكولور (Wikolor) فيرى أن المتعاطين يكونون بالتخدير أكثر راحة وأقل توترا وقلقا فى ممارسة النشاط العادى والعلاقات اليومية بعد أن كانوا قبل حال التخدير يعانون من مشاعر الخجل والانسحاب وعدم القبول والكف الاجتماعى (المغربى ، ١٩٧١) .

خامساً : المخدرات والمنظور الاسلامى :

من المؤلم أننا نجد من بين المسلمين من يدعى أنه لم يرد نص صريح في القرآن الكريم لتحريم الخمر وأن قوله تعالى " فأجتنبوه " لاتفيد التحريم القاطع ، وهم بذلك يلتمسون ذريعة لممارسة هذا البلاء مع أن الآيات الكريمة قرنت الخمر والميسر بالأنصاب والأزلام وكلاهما من بقايا الوثنية وسمات الجاهلية وهي "رجس" من عمل الشيطان .

ونجد مايؤكد ادعاءات هؤلاء في البحث الذى قام به المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦٤) : والذى كشف من خلال استجابات المتعاطين ببحث تعاطى الحشيش حول رأيهم فى تحريم المخدرات أفاد ٦١ % منهم أن الحشيش مكروه فى الدين وليس محرم بينما أفاد ١٩ % الى أنه ليس مكروها ولا محرما أى أن ٨٠ % من المتعاطين تغلبوا على المشكلة بأن اصطنعوا لأنفسهم تبريرا معنيا مؤداه أن الدين فى صفهم بدرجة أو بأخرى (رشيد ، ١٩٨٤) .

ونجد فى بحث المغربى عن ظاهرة تعاطى الحشيش أفاد ٨٤ % من المتعاطين خارج السجن و ٩٦ % من المتعاطين المسجونين و ٧٣ % من غير المتعاطين اعتقادهم أن تعاطى الحشيش لايتعارض مع الدين ، كذلك فهناك ٧٤ % من المتعاطين العاديين خارج السجن ، ٩٦ % من المتعاطين المسجونين ، ٣٩ % من غير المتعاطين يعتقدون بعدم وجود آيات صريحة تحرم المخدرات (المغربى ، ١٩٦٣) .

كما ونجد بعض المسلمين يستبيح بعض أنواع الخمور لأن اسم الخمر لايصدق عليها ويقولون هذا شراب لايسكر الا الكثير منه مثل البيرة . كما وأنهم يبيحون

المخدرات • وردا على هؤلاء فاننا نعلم أن السنة الشريفة أتت شارحة وموضحة لكل أمور العباد فنجد الأحاديث التى تنهى عن احتساء الخمر وتجنب كل ماهو مسكر كثيره فقد صح عن رسول الله (ص) قال : كل شراب مسكر فهو حرام (البخارى)
كما قال عليه الصلاة والسلام " كل مسكر خمر وكل مسكر حرام " (ابن حزم)
وأخرج أبوداود والترمذى وابن ماجة عن جابر عن رسول الله (ص) قال : ما أسكر كثيره فقليله حرام " وأخرج النسائى وابن حبان والدار قطنى عن سعد بن أبى وقاص " نهى رسول الله (ص) عن قليل ما أسكر كثره (ابن تيمية).

وفى الحديث الشريف عن أبى داؤود رضى الله عنه " نهى رسول الله (ص) عن كل مسكر ومفتر " (أبوداؤد) .

وأننا نخرج من ذلك بأن المخدرات تندرج تحت كل ماهو مسكر قياسا على الخمر • و كان لاجتهاد العلماء والفقهاء فى مجال القياس أبلغ الأثر فى تحديد مفهوم التحريم للمخدرات فى الشريعة الاسلامية •

يذكر عيد (١٩٧٩) " ان علة الحكم فى الخمر هى الاسكار تكون قد توفرت فى المخدرات فى حجب العقل واذهابه وحكم تحريم المخدرات هو حكم تحريم الخمر " (ص ٦٢) •

يذكر عطا (١٩٧٥) " نقلا عن ابن الأثير : بأن المفتر اذا شرب أحمى الجسد وصار فيه فتور وضعف وانكسار وقال الخطابى : المفتر كل شراب يورث الفتور والرخاوة فى الأعضاء ، والخدر فى الأطراف ، أما السكر فهو مافيه شدة مطربة وكان

فيه حد " (ص١٦٣) .

ويقول البهنسى (١٩٥٩) " لما كان الاسكار تغطية العقل وتعطيل وظيفته هو علة تحريم الخمر تحريما قطعيا فان كل مادة مسكرة ، سائلة كانت أومطبوخة أو جامدة تعد خمرا ولاعبرة فى تحريم المواد المسكرة بطريقة تعاطيها سواءا كانت شرابا أم حقنا أم استحلابا أو تدخينا " (ص ١١٢) .

ويذكر نوفل (١٩٨٤) " ان السنة النبوية شارحة ومفسرة للقرآن الكريم والرسول (ص) قاس على الخمر الموصوفة فى القرآن كل مايشبهها فى علة الاسكار والنتيجة ان كل المسكرات والمخدرات محرمة فى القرآن الكريم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ." (ص ١٢) .

وينتهى الباحث من ذلك بأنه بالرغم من وضوح هذه الاحكام فانه يستغل بعض ضعاف الأنفس ترويج بضائعهم على مايصادفهم من مرضى النفوس لما يجدوا فيها من مغريات وذلك مايبثونه حول أثر المخدر فى جلب المرح والاحساس بالبهجة والسرور وزوال الهموم وقضاء وقت ممتع لذا يجب علينا أولا اثارة الوعى لتغيير اتجاهات هؤلاء . ووعى المسلم تناوله كل أمر فى ظل التوجيه الاسلامى فما كان موافقا لعقيدته تمسك به وما خالفها تركه ، فهو يقوم على هذا الأمر لأن الاسلام طلب اليه ذلك أو رضى عنه ، ويترك ذلك الأمر لأن الاسلام نهاه عنه ، فلم يعد للمسلم خيار فى أمر وللاسلام فيه توجيه .

حيث قال تعالى :

" وماكان لمؤمن ولامؤمنة اذا قضى الله ورسوله أمرا أن يكون لهم الخيرة من أمرهم ، ومن يعص الله ورسوله فقد ضل ضلالا مبينا الآية ، (٣٦) الأحزاب"

والانسان بعد ذلك له الخيار - أيا كان نوع اختياره بما لايضر المجتمع الذى يعيش فيه - ولكن عليه وحده أن يتحمل تبعات ونتائج ذلك الاختيار (شاولى ، ١٤٠٠) .

الاسلام والجانب الروحانى فى العلاج :

لم يعرف التاريخ الانسانى والتجارب الانسانية فيه منهجا تحقق للانسان فى ظله الاستقرار والأمن والطمأنينة الا منهج الاسلام .

ولم يكن اعداد النفوس المؤمنة على هذا النحو بالأمر اليسير ، وانما قضى الاسلام حوالى ثلاثة عشر عاما أنصب التوجيه الالهى فى أثنائها على العقيدة ولو أراد الله تبارك وتعالى أن يصلحها ويهيئها فى لحظة لنفذ مايريد ولكنه جلت حكمته أراد لنهجه أن يساير النفس البشرية بخصائصها ومقوماتها ونوازعها ورغباتها وميولها واستعداداتها وحالاتها المتغيرة بين قوة وضعف ، ورضاء وسخط ، وحب وكره ، واقدام واحجام . فجعل العقيدة تثبت وتمتدة فى هنيئة وطمأنينية ، فلاتتعارض بين حاجة وأخرى ولابين رغبة ورغبة ولاتناقض بين مطالب الجسد ومطالب الروح ولابين العقل والعاطفة ولابين رغبات فردية وقيم اجتماعية (عبدالرحيم ، ١٩٨٥) .

ان ماتراه من صراعات نفسية ، أو تنافر بين الفرد والجماعة انما هو ناتج من خلل صنعه الانسان أو بيئته فى التنظيم الذى وضعه له الله تعالى فالعقيدة الراسخة قوة تجعل المسلم يواجه مصاعب الحياة دون خوف أو تردد لان معه أقوى الأقوياء ، فيقف صامدا ثابتا وتزداد ثقته بنفسه . والعقيدة الراسخة تظل المسلم دائما بالاستقرار وصفاء النفس والأمن . والعقيدة الراسخة تكون الضمير الحى وهو الرقيب الذى يوجه سلوك المؤمن ويحاسبه ، فيدفعه الى الندم حين تزل به القدم ، ويعترف بما اكتسب من اثم ولو كان فى ذلك الاعتراف نهايته .

والعقيدة الراسخة ، هى الصحة من الآفات النفسية فلاتسيطر الأهــواء عــلى الانسان ، ولاينتابه غرورا وتكبر ، ولاتدفعه نفسه الى النفاق ولا يصيبه التوتر أو القلق أمام صدمات الحياة . ولايخش الوقوف فى مواجهة الأزمات العارضة .

لذلك يمكن القول : أن الاسلام قد حقق للانسان المسلم التوافق النفســى ، والانسجام بين نزعات النفس ورغباتها وميولها ودوافعها كمــا حقــق له التوافــق الاجتماعى ، حيث تلتقى حاجات الفرد وحاجات المجتمع ، ويتم التلاحم والالتئام بين الفرد الجماعة فى ظل العقيدة الاسلامية .

يذكر عبدالله (١٩٧٦) فى مقالته أسلوب الاسلام فى رقــابة المجتمــع مــن تعاطى المسكرات ماذكره العقاد " أنه ليس أخطر على الانســان مــن توزيع الفكــر والنية بين النقائض المختلفة ومن هذا التوزيع الأليم يقــع الفكــر فــى الداء المعروف بداء الفصام أو انقسام الشخصية " (ص ٩٨) .

ولقد أتاح الاسلام للمسلم أن ينال حظه من متع الحــياة ولكــن بالطــرق المشروعة حفاظا على قيم الاسلام التى تقود حركة الحياة فى المجتمــع . قــال الله تعالى : " وأتبع حيثما آتاك الله الدار الآخرة ، ولاتنس نصيبك من الدنيا وأحســن كما أحسن الله اليك ، ولاتبغ الفساد فى الأرض أنه لايحب المفسدين " (القصص ، ٧٧)

واذا كان من أبرز الأسباب التى تدفع الفرد الى المسكرات أو المخــدرات مايعانيه من التوتر والقلق أو الضيق وفقدان الثقة بالنفــس ، والشعــور بعــدم الأمان (العيسوى ،١٩٨٤) فان الاسلام قد جنب نفس المؤمن هذه الأمــراض . وذلك

بالصبر والثبات بالايمان وليس بالاتجاه الى تعاطى العقاقير المخدرة .

ولايدعى أحد أن الاسلام قد عمم جميع أبنائه ولكن نقول أن من ثبتت عقيدته وحسن عمله وتوثقت بينه وبين ربه صلة العبد بخالقه فانه يلجأ الى الله تعالى ليبرئه من أمراض النفس حيث قال الله تعالى : " ننزل من القرآن ماهو شفاء ورحمة للمؤمنين " الآية (الاسراء ، ٨٣) .

الاسلام والجانب السيكولوجى فى العلاج من المسكرات :

ان التاريخ الانسانى على قدمه وامتداده عبر الزمان والمكان وعلى اتساع التجارب الانسانية فيه ، لم يستطيع أن يحقق الانسان الاستقرار والأمن والطمأنينة الا فى ظل الاسلام . ولقد مر الانسان بأطوار متصلة منذ بدأ الاسلام الحنيف يرى أبنائه ويعالجهم حيثما يتصل بالعادات والتقاليد بصورة متأنية وعلى مراحل ولكل مرحلة غاية وكان هذا نهج التشريع الاسلامى فى المسكرات حيث أول آية تعرضة للمسكرات كانت قوله تعالى : " ومن ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سكرا ورزقا حسنا (النحل ، ٦٧) .

فى هذه الآية الكريمة توجيه المسلمين الى أمر هام وهو أن فى الثمرة الواحدة يلتقى الخبيث الحرام والطيب الحلال ويمكن أن تكون سما قاتلا ورزقا حسنا فنصنع من ثمرات النخيل والاعناب شرابا مسكرا مضرا لاجسامنا وعقولنا ومفسدا للعلاقات بيننا أو نأخذ منه طعاما شهيا طيبا وغذاءا مفيدا وفى هذا يحس المسلم بأن هذا الصنيع ربما تعارض مع السلوك الذى يريده الاسلام ولذلك فهو بحاجة الى مزيد من التوضيح لشعور من المؤمن بأمر يمس عقيدته .

وكانت الآية الثانية قوله تعالى : " يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما اثم كبير ومنافع للناس وأثمهما أكبر من نفعهما " الآية (البقرة ، ٢١٩)

وتفيدنا هذه الآية الكريمة بالأمور الآتية :

(١) انها تدل على شعور المسلمين بأن الخمر والميسر لايلائمان العقيدة الاسلامية وذلك بسؤالهم الرسول صلى الله عليه وسلم .

(٢) انها تحذر المسلمين من خطر يكمن في الخمر والميسر ، فوصف الاثم بأنه كبير وجعله أكبر من النفع . وفي الآية توضيح لعلة التحريم لأن مدار الحل والحرمة هو غلبة الخير أو الشر كان يمكن أن يحرم القرآن الكريم الخمر في هذه الآية ولكن منهج التربية الاسلامية حين يتعلق الأمر بما اعتاده الناس والقوة أن يأخذه بالرفق والتدرج .

يرى كثير من العلماء :

(-) ان شعور المدمن بالحاجة الى العلاج يعد الخطوة الأولى في طريق المواجهة الصحيحة (عيسوى ، ١٩٨٣) - والاسلام هدى المسلم الى السير في هذا الطريق فأعترف بأنه يشرب الخمر وأنه في حاجة الى العلاج وسؤال المسلمين الرسول (ص) خير شاهد على ذلك .

(-) تبصير المدمن بخطورة حالته ومساعدته على مواجهة مشكلته (الدمرداش ، ١٩٨٢) وفى هذه الآية تبصير له ومساعدة على مواجهتها .

(-) ان المريض بحاجة الى شخص يثق فيه ويعتمد على مهارته (عيسوى ، ١٩٨٣) وقد هداه الاسلام الى الشخص الذى يتحقق فيه هذه الصفات ، انه هو نفسه ، لقد أصبح

الانسان فى ظل الاسلام عظيم الثقة بنفسه معتزا بها .

فجاءت بعد ذلك آيات التحريم قوله تعالى " يا أيها الذين آمنوا لاتقربوا الصلاة وأنتم سكارى .. الآية (النساء ، ٣٤) .

(١) ان الآية صريحة فى تحريم الخمر فى بعض الأوقات أى أن المسلم يمتنع عن الخمر من قبل صلاة الظهر ويظل الى مابعد صلاة العشاء . فحرمت الآية الخمر فى وقتين حرص الجاهليون على شربها فيهما وحرمت القوم من معاقرة الخمر فى أوقاتها فكان هذا خللا فيما اعتادوه ونقضا لما ألفوه ولعل تلك الحكمة الالهية البالغة كانت تدريبا على التخلص منها. ذلك أن قوة العادة وتحكمها مرهونان بالوقت والرفاق ولعل هذا يوافق رأى بعض الباحثين الذين يرون ضرورة كسر العادة فى تعاطى المسكر أو المخدر كجزء من العلاج .

كما ان المتخصصين يرون علاج المدمن عن طريق التنفير بتكوين فعل شرطى سلبى، بحيث تقترن الدوافع الى شرب الخمر بمؤشر آخر مؤلم يجعل المدمن يعرض عن المسكر الذى يتعاطاه (الدمرداش ، ١٩٨٢) وبذلك فقد حقق الاسلام هذا المفاد كما ورد فى الآية الكريمة ففى الوقت الذى كان يتهيأ فيه المدمن للشراب ، وحيث يلتقى بقرناؤه نراه لايفعل ذلك نظرا لقرب وقت الصلاة .

ثم كانت الآية الحاسمة فى التحريم الأبدى وهى قوله تعالى " يا أيها الذين آمنوا انما الخمر والميسر والانصاب والازلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون انما يريد الشيطان ان يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل انتم منتهون) الايه (المائده ، ٩٠)

يذكر سابق (١٩٦٨) "انه نزلت آيات التحريم فى سورة المائدة بعد غزوة أحد أو الاحزاب فى العام الثالث أو الرابع للهجرة أى بعد البعثة بستة عشر عاما أو سبعة عشر عاما". (ص ٣٢) .

ويذكر قطب "(لوحرمت الخمر مع السنوات الأولى لفهم الناس الاسلام على غير وجهه الصحيح ولحجبت الحقيقة المشرقة لدين الله خلف ضباب من بقايا الشرك فأقتضت كلمة الله تعالى وهو الحكيم الخبير أن يهيئ نفوس المسلمين ويثبت عقيدة الاسلام قبل نزول آيات التحريم". (ص ٢٦) .

أهميـة الشبـاب :

نحن نعلم أن مواردنا المادية والبشرية هى رأسمالنا وعدتنا فى التطور نحو مستقبل زاهر لنا ولأجيالنا ولاشك انه رغم أهمية ذلك فاننا نفضل الموارد والامكانيات البشرية . وبقدر ماتتمتع به الموارد البشرية من صحة جيدة وعقل راجح وعلم نافع ووعى واخلاص بقدر مانحقق مانصبوا اليه من تطور سريع وازدهار وبالرغم من ايماننا بأهمية جميع عناصر الثروة البشرية فاننا نشعر نحو عنصر الشباب ونحو فترة الشباب بأهمية خاصة تفوق بعض الشئ لأهمية العناصر الأخرى من الثروة البشرية حيث يذكر مكيله (١٩٥٩) " شباب اليوم هم قادة المستقبل فسوف يكون منهم السياسى والعالم والقاضى والمدرس وكل منهم يمكن أن يؤثر فى محيطه أو فى وطنه أو حيثما هو أبعد من حدود وطنه " (ص ٣٠٨) ، واذا كان الشباب له أهميته البالغة فى جميع الأمم والبلدان فان أهميته تزيد فى الأمم والدول النامية ولاشك أن الاجيال الشابة هى أكثر تقبلا للتطور والتغيير ولاترى حرجا فى قبول أى تغير اجتماعى واقتصادى وسياسى وان أهمية الشباب لاتقتصر على المجتمع وحده بل تتعداه الى الفرد نفسه الذى يمر بهذه المرحلة حيث أنها تعتبر من أهم مراحل نموه وأخطرها لأنها هى التى تتصل بمرحلة الرشد اتصالا مباشرا ولأنها هى التى يحقق فيها الفرد نضجه الكامل ويكون فيها معظم ميوله واتجاهاته فى الحياه ويصبح فيها مستعدا لتحمل مسئوليات الحياه الراشدة .

مفهوم الشباب :

يجد الباحث عند تحديد مرحلة الشباب أمام موقف صعب وبالذات عند تحديد بدايتها ونهايتها تحديدا زمنيا دقيقا كون حياة الانسان مرحلة متصلة لانستطيع فصلها فى وقت معين ، بالاضافة الى اختلاف الأفراد فى أطوار نموهم . وان مايؤكد

هذه الصعوبة ، هو مانجده فى اختلاف التقسيمات بين العلماء فى تحديد هذه المرحلة من العمر فنجد أنه قد ذهب كلا من :-

الشربينى (١٩٦٨) الى تقسيم فترة الشباب الى أربع مراحل والتى تتميز بسمات خاصة وهى :-

(١) مرحلة المراهقة وهى تمتد من ١٢ – ١٥ سنة وتمتاز بسرعة النمو البدنى وظهور الأعراض الجنسية الثانوية •

(٢) مرحلة اليفوع وهى تمتد من ١٥ – ١٨ سنة وتمتاز بالتطور النفسى والسلوكى •

(٣) مرحلة الشباب المبكر وهى المرحلة التى تشمل الفترة من ١٨ – ٢١ سنة من العمر والتى يأخذ فيها النمو البدنى اتجاها وظيفيا وتتجه فيها التغييرات العاطفية نحو الاستقرار ويصل فيها النمو العقلى مداه – وهذه الفترة من السن هو مايأخذ به الباحث (أى مرحلة الشباب المبكر) •

(٤) مرحلة الشباب البالغ وهى تمتد من ٢١ – ٢٥ سنة من العمر ويحقق فيها الفرد قمة النضج (ص ٢٠٥ ، ٢١٢) •

ويرى جلال (١٩٧١) الى تقسيم فترة الشباب الى ثلاث فترات وهى :

(١) فترة ماقبل الحلم (المراهقة) تمتد من سن م١٠ – ١٣ سنة •

(٢) فترة الشباب الأولى (الفتوة) تمتد من ١٤ – ٢١ سنة وهى مرحلة انتقالية يتحول خلالها الشاب الى رجل •

(٣) فترة الرشد تمتد من ٢١ – ٣٠ سنة •

ويرى أيضا بفصل فترة المراهقة عن مرحلة الشباب واعتبار فترة الشباب من ١٣ – ٣٠ سنة (ص ٢٣٩) •

وعلى ذلك يذكر الشيباني (١٩٧٣) بأن فترة الشباب هي محددة بالفترة الزمنية التي يجتازها الفرد من مرحلة الطفولة ومرحلة الرشد والتي يتحقق نضجه الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي عند هذه المرحلة من بدء البلوغ وحتى ظهور علاماته الأولية والثانوية الى زواج الشخص وتحمله لمسئولياته كرجل راشد ناضج (ص ٣٩) .

كما ذهب غلاب (١٩٦٩) في بحثه المتعلق بالوضع الديموغرافي للشباب في الوطن العربي والذي قدمه للمؤتمر الأول لوزراء الشباب العرب بأنه قال " لما كانت الاحصائيات السكانية تصف فئات السكان على أساس خمسي أو عشري فقد رأينا أن نعتبر الشباب مايقع بين ١٥ - ٣٠ سنة . (ص ١٦٧) .

لقد قام وزراء الشباب العرب بتحديد مرحلة الشباب والتي توصلوا الى توصيته الأولى " يرى المؤتمرون أن مفهوم الشباب يتناول أساسا من تتراوح أعمارهم بين ١٥ - ٢٥ سنة انسجاما مع المفهوم الأولي المتفق عليه في هذا الشأن غير أن ظروف الوطن العربي وطبيعة الشخصية الشابة النامية تستوجب تخصيص رعاية عميقة متكاملة الى مابعد الخامسة والعشرين وفق متطلبات الشباب في كل قطر عربي" . (المؤتمر الأول لوزراء الشباب ، ١٩٦٩) .

وينتهي الباحث حول مفهوم الشباب بأنه بالرغم من الفروق الفردية والثقافية التي تؤثر في تحديد بداية مرحلة الشباب ونهايتها فان عينته سوف تكون بالفترة الزمنية التي يجتازها الفرد بين نهاية مرحلة المراهقة وبداية الرشد والتي يتحقق خلالها نضج الفرد جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا أي من

سن ١٨ - ٢١ سنة وهى ماتقابل دراسيا الصف الثالث الثانوى وحتى المستوى الثالث جامعى .

خصائص مرحلة الشباب :

أطلق ستانلى (١٩١٦) على هذه المرحلة من النمو اسم مرحلة " العاصفة والهم " والتى تمثل مرحلة فوران وانتقال فى الجنس البشرية وترى مارجريت ميد أنه ليس من الضرورى أن يتعرض الشباب فى ثقافات أخرى لمثل الضغوط التى يتعرض لها من فى سنهم فى ثقافات أخرى وهى تعطى أهمية للعوامل الثقافية ويعطى فرويد (١٩٥٣) أهمية للنضج الجنسى نتيجة للتغيرات الفسيولوجية فى هذه المرحلة حيث تتجه الطاقة الجنسية نحو قنوات يعترف بها المجتمع واتجاه الطاقة نحو الجنس الاخر . وترى أنا فرويد (١٩٤٦) أن هذه الفترة لها أهميتها فى تكوين الخلق فالطاقة الجنسية تشعل الدافع الجنسى وتهدد التوازن بين الأنا والهى مما يؤدى الى القلق والخوف والأعراض العصابية فيستخدم الشباب حيل نفسية دفاعية لحماية الأنا مثل الشطحات الفكرية فى أشكال من التفكير المجرد (جلال ، ١٩٨٥ ص٢٧٠)

يرى أريك اريكسون (١٩٥٠) ان مرحلة الشباب تمثل البحث عن الذات فى مقابل الضياع وتشتت الدور ويرى آروف اسمان (١٩٧٥) فى كتاب القراءات الهامة عن سيكولوجية الشباب ان هذا العصر يبدو للكثيرين على أنه عصر الشباب ولن تغفل عين المشاهد عن أثر المراهقين والشباب على موضات الملابس ووسائل الترفيه وتقضية وقت الفراغ واستهلاك الغذاء والحياه السياسية (جلال ، ١٩٨٥ ص ٢٦٩)

ويذكر جلال (١٩٨٥) " أن الدراسة العلمية للمراهقة والشباب هى بدون شك

نتاج للقرن العشرين " (ص ٢٨٧) والشباب لهم من الخصائص مايميزهم عن الآخرين ولأن الشباب فى هذه السن فى مرحلة تحول من عالم الطفولة الى عالم الكبار فهو بطبيعة الحال هامشى لم يتحدد دوره بعد الذى يجعله يتخبط فى اتخاذ قراراته وذلك عندما يتكرر عليه النقد من قبل الكبار وبهذا فسوف يتكلم الباحث عن الخصائص والمميزات العامة للنمو فى مرحلة الشباب .

أولا : النمو الجسمى :

بالنسبة للنمو الجسمى فى هذه المرحلة فانه يطرأ عليها كثير من التطورات العامة وهى تتأثر بكثير من العوامل الوراثية والبيئية التى من بينها الوراثة التى تنتقل الى الفرد من والديه وأجداده وجنس الفرد وسنه ونوع تغذيته ودرجة صحته والبيئة الجغرافية والثقافية التى يعيش فيها والأحوال النفسية التى يعيش فيها والتى تسيطر عليه شخصيا فهذه العوامل جميعا تؤثر من غير شك فى النمو الجسمى للشباب (الشيبانى ، ١٩٧٣) . ولاختلاف الشباب فى هذه العوامل فاننا نجدهم يختلفون فى صفاتهم وخصائصهم الجسمية فنجدهم لاختلافهم فى صفاتهم الوراثية مثلا يختلفون فى شكل أجسامهم . ولايشك أحد أن سوء التغذية يعرقل النمو الجسمى فيؤخر بدء فترة الشباب وينقص من مقدار الطول والوزن فى جميع مراحل النمو ويضعف من مقاومة الجسم للامراض ، والنمو الجسمى كما يتأثر بالتغذية فانه يتأثر أيضا بصحة الفرد أو مرضه ، فالشباب الصحيح الخالى من الأمراض من غير شك أسرع فى نموه الجسمى وأكبر فى حجمه وأكثر فى حيويته وقوته من الشباب المريض .

والنموالجسمي كما يتأثر بعوامل البيئة المادية فانه يتأثر أيضا بالجو النفسي الذى يعيش فيه الشاب وبالأحوال النفسية والانفعالات التى يتعرض لها لمدة طويلة من الزمن . والاختلاف فى هذه الأحوال والانفعالات من شأنه أن يسبب اختلافا فى صفاتهم الجسمية ومن مظاهر الدلالة على تأثير الأحوال النفسية فى الأحوال الجسمية اننا نجد القلق النفسي يحدث اختلالا فى صحة الفرد العامة ويتسبب فى الاخلال بنظامه الغذائى ودورته الدموية ونومه واذا ماطال القلق والخوف لمدة طويلة من الزمن من شأنهما أن يتسببا فى بطء عملية النمو الجسمي .

ثانيا : النمو الانفعالي :

قبل البدء فى خصائص النمو الانفعالى لابد من الاشارة الى بعض العوامل التى تؤثر فى انفعالات الشباب . فالشاب كما ذكرنا سابقا يمر بكثير من التغييرات الجسمية ولهذه التغييرات تأثيرا كبيرا على حياته الانفعالية ومن أهم التغييرات الفسيولوجية التى لها تأثير كبير على حياته الانفعالية هو النشاط الكبير الذى يحدث فى غدده التناسلية وكلما تقدم الشاب نحو النضج الجسمي كلما زاد تبعا لذلك اتزانه الانفعالى وانفعالات الشاب كما تتأثير بالتغييرات الجسمية الناتجة عن عملية النمو فانها تتأثر أيضا بمدى صحة جسمه وسلامته من العيوب والنقائص ولمستوى ذكاء الشاب ومستوى ادراكه وفهمه للمواقف المختلفة وللتغيرات العقلية التى تطرأ عليه فى هذه المرحلة تأثير أيضا على انفعالاته واستجاباته الانفعالية ومن التغيرات العقلية التى تطرأ عليه تمايز قدراته العقلية المختلفة وزيادة قدرته على التعلم. وللوسط الذى يعيش فيه الشاب تأثير

كبير أيضا على استجاباته الانفعالية ، فأما بالنسبة للمعاملة التى يلقاها الشاب من أفراد أسرته ومدرسيه والمتصلين به فان هذه المعاملة قد تكون عاملا مساعدا على تحقيق الاتزان الانفعالى اذا كانت تقوم على تقدير ظروف الشاب وفهم طبيعة المرحلة التى يمر بها وعلى احترام شخصيته وحريته . وقد تكون عامل هدم لاتزانه الانفعالى اذا كانت تقوم على النبذ والحرمان والتحقير والاذلال فهذه أهم العوامل التى تؤثر فى انفعالات الشباب ولما كانت هذه العوامل تختلف باختلاف الأفراد فانه من الطبيعى أن يختلف أفراد الشباب فى استجاباتهم الانفعالية وأن يكون بينهم العديد من الفروق الفردية فى هذه الاستجابات .

ثالثا : النمو العقلى :

من المظاهر البارزة للنمو العقلى فى هذه المرحلة : الذكاء العام ، والقدرات العقلية الطائفية ، والعمليات العقلية ، والميول والاتجاهات العقلية . ومن شأن النمو أو التطور الذى يطرأ على الحياة العقلية فى هذه المرحلة ، أن يتأثر بعدة عوامل وراثية وبيئية ، منها الوراثة التى تنتقل الى الشاب من والديه ، ودرجة النضج الجسمى ، والجنسى ، والانفعالى ، والاجتماعى التى يحرزها الشاب ، وحالته الصحية العامة ، وحالته الانفعالية ، ودرجة تكيفه النفسى والبيئة الثقافية العامة ، وحالة أسرته الاقتصادية والثقافية ومستوى ونوعية التعليم الذى يتلقاه وخبراته السابقة فى عهد طفولته . فجميع هذه العوامل غير شك تؤثر فى نمو الشباب العقلى (الشيبانى ، ١٩٧٣) .

الميول العقلية :

ونلاحظ أن ميول الشباب العقلية فى مرحلة الشباب من أهم مظاهر نموهم العقلى وأهم جوانب شخصيتهم ويرجع هذا الاهتمام الى مالاحظه المربون من أن أكثرهم رضا عن عملهم وسعادة فى مجال العمل وخارجه هم الذين يعملون فى مهن تتفق وميولهم • ومن العوامل التى قد يكون لها تأثير فى ميول الشاب حالته الانفعالية والسمات الشخصية الغالبة عليه فمن الطبيعى أن لانتوقع مثلا أن يواصل شاب العمل فى مجال معين بشغف وميل فى مواجهة مشاعر الخوف والاحباط والفشل كما ولانتوقع من شخص خجول أن يميل الى الخطابة • وكذلك نجد فى مرحلة الشباب مختلف ميول الشاب باختلاف عمره الزمنى كلما تقدم سن الشاب كلما زادت ميوله نضجا واستقرارا حتى يصل الى الاحدى والعشرون سنه ، وتشير كثير من الدراسات على أن ميول الفرد تتبلور وتستقر الى حد كبير فيها ، (الشيبانى ، ١٩٧٣) •

ولاشك جميعا أن للخبرة العملية والاحتكاك المباشر أكبر الأثر فى طبيعة ميول الشباب وفى نموها • فالميول والاتجاهات هى أمور مكتسبة فى مجموعها يتعلمها الفرد كما يتعلم أى مظهر آخر من سلوكه المكتسب والكل يعلم أن أهم عامل فى عملية التعلم هو عامل الخبرة المباشرة •

ونجد أن الميول السائدة فى مرحلة الشباب حسب الدراسات العملية التى أجريت فى كثير من البلدان المتقدمة والنامية على السواء بأن هناك ميولا عقلية معينة تبرز فى مرحلة الشباب وان هناك بعض الخصائص المعينة التى تميزوتحول الميول فى هذه المرحلة ، (الشيبانى ، ١٩٧٣) •

رابعا : النمو الاجتماعى :

يقصد بالنمو الاجتماعى هو ذلك التغيير الذى يطرأ على عادات الفرد وقيمه واتجاهاته الاجتماعية وعلى علاقاته وتصرفاته مع الآخرين فهو يتصل بسلوك الفرد الاجتماعى وطرق تعامله مع الآخرين وان هذا النمو ليس فى معزل عن التغيرات التى تطرأ على الشاب فى مجال النمو الجسمى والانفعالى والعقلى بل هو متصل بها تمام الاتصال ومتأثر بها ومؤثر فيها ومن شأن الطبيعة الانفعالية الحادة التى تغلب على كثير من الشباب فى هذه المرحلة أن تؤثر فى سلوكهم وتصرفهم الاجتماعى .

والشباب فى نموهم الاجتماعى يتأثرون بكثير من العوامل الذاتية التى تكمن فى نفوسهم وذواتهم والعوامل البيئية التى تكمن فى البيئة التى يتفاعلون معها . وان الشاب لايتأثر فى سلوكه الاجتماعى بخبراته الحاضرة بل يتأثر بخبرات طفولته وأيضا الجو النفسى المهيمن على أسرته وبالعلاقات القائمة بين أهله .

ويتأثر سلوك الشباب ونموهم الاجتماعى بالمستوى الاجتماعى والثقافى والاقتصادى ويقول السيد (١٩٥٦) "ولهذا يختلف سلوك الفرد تبعا لاختلاف المدارج المختلفة لأسرته ذلك لأن كل طبقة من الطبقات الاجتماعية أسلوبا معينا فى الحياة ونمطا خاصا فى السلوك ولهذا كان لسلوك أفراد الأسر المتيسر حالها اقتصاديا نمط يختلف عن أفراد الأسر الفقيرة ، وكان لسوك أفراد الأسر المتعلمة نمط يختلف عن أفراد الأسر الجاهلة . هذا وترتبط هذه المستويات من قريب بالمعايير الاجتماعية

والقيم العرفية وبمدى تفاعل الفرد معها وايمانه بها وخضوعه لها أو عزوفه عنها" (ص ٢٦١) .

وان نمو الشباب الاجتماعى كونه يتأثر بظروفه المنزلية فانه يتأثر أيضا بالخبرات التى تعرض لها فى مدرسته وبالحياة والعلاقات السائدة فى هذه المدرسة وبالجو النفسى والاجتماعى الذى يسيطر عليها ويقول راجح (١٩٦٣) عن المدرسة " هى تستطيع أن تدعم الكثير من العادات والاتجاهات السليمة التى تكونت فى البيت ، وأن تقوّم بعض ما أصابه من عادات واتجاهات غير سليمة فيه ، بل تستطيع أن تحصّنه بكثير من العادات والاتجاهات الاجتماعية السليمة ، وأن تهدف مايكون قد علق بنفسه من صراعات أليمة من جراء اتصاله بوالديه واخوته " (ص ٥١٦) .

كما ويتأثر الشباب بعادات وقيم وتقاليد واتجاهات نظائره ورفاقه فى السن الذين يتفاعل معهم كأفراد أو كتلل وجماعات فى الشارع وبيوت الشباب وذلك أثناء اسفاره ورحلاته.ويذكر السيد (١٩٥٦) ان هذه الجماعات " قد تسلك بأفرادها مسلكا عدوانيا تجاه جماعات أخرى فتنحرف بنشاطها وتتعصب بآرائها تعصبا مجحفا وقد تنبذ أحد أفرادها وذلك حينما يشذ عن نشاطها ، وقد تحوط سلوكها بالغموض والسرية وقد تميل الى النشاط العنيف الذى ينحدر بها الى مسالك خاطئة " (ص ٢٦٤) .

خصائص المجرمين من الشباب :

يستخدم بعض علماء الجريمة اليوم مصطلح " الراشد الصغير Young adult أو مصطلح " المجرم الشاب Youthful offender" للدلالة على مرحلة زمنية وسيطة تقع بين الحد الأقصى لسن الحدث من الناحية القانونية وهى الثامنة عشر فى

فى غالبية التشريعات المعاصرة وفترة زمنية لاحقة لاتتعدى بضع سنوات وغالبا ماتنحصر هذه الفترة بين سن الثامنة عشرة والحادية والعشرين (الدورى ، ١٩٨٥)٠

ولعل مشكلة "الراشد الصغير " أو " المجرم الشاب " من المشكلات البحثية التى لازالت تفتقر الى بعض الاهتمام والرعاية المطلوبين فى غالبية اقطار العالم وربما كان هذا هو الحافز عند الباحث لدراسة هذه الفئة من الشباب ٠

يرى بعض العلماء الذين يهتمون بدراسة هذه الفئة من المجرمين الصغار أن جوهر المشكلة يتصل بعملية النضج (Maturity)والمقصود بالنضج هو الذى يتناول كافة النواحى الفسيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية وان عدم النضج هو عدم انتظام مراحل تطوره ، فالشاب الذى يعجز عن توظيف قدراته ومواهبه فى اطار البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها يكون شخصا غير ناضج لأنه يعانى من سوء توافق انفعالى قد يدفعه أحيانا الى ارتكاب بعض السلوك الجانح نتيجة عدم النضج الانفعالى (الدورى ، ١٩٨٥) ٠

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات العربية
  - دراسات داخل دول مجلس التعاون
  - دراسات داخل الوطن العربي

- الدراسات الأجنبية

الدراسات السابقة

الدراسات العربية :

(أ) دراسات داخل دول مجلس التعاون الخليجي :

قام رشيد (١٩٨٤) باجراء دراسة لبعض عوامل السواء النفسي لمتعاطي المخدرات بالمملكة العربية السعودية حيث طبق رشيد مقياس الصحة النفسية راشدين اعداد فاروق عبدالسلام وسيد عبدالحميد مرسي وهو مقنن على البيئة السعودية وقد كانت عينة البحث ٣٠ فردا ممن يتعاطون المخدرات و ٣٠ فردا ممن أودعوا في السجن من غير متعاطي المخدرات وكان يهدف من ذلك استبعاد أثر الايداع على الصحة النفسية للمجموعة الأولى وكانت النتائج التي حصل عليها :

أولا : ان متعاطي المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة التقنين من حيث أبعاد الصحة النفسية بعواملها الايجابية والسلبية .

ثانيا : كان هناك انخفاض ملحوظ في الابعاد الايجابية للصحة النفسية للمتعاطين وهي :-

١) العلاقات الشخصية غير دالة وأرجع ذلك ان معظم المتعاطين يفضلون استخدام مادة (السيكونال) كأحد أنواع المخدرات وهذا يدل على أن المتعاطي حين تعاطيه للمخدر لايشعر بأعراض تعاطي المخدرات معا لايشعر المحيطين بهذه الأعراض التي تسبب له العزلة كما وذكر بأن معظم أفراد العينة كانوا يستخدمونها قبل النوم وبذلك فان عينة المتعاطين في البحث يتمتعون بعفويتهم الايجابية في مجتمعهم .

٢) المهارات الشخصية غير دالة وارجى ذلك أن معظم المتعاطين ينتمون الى أعمال لها علاقة بالجماهير وذات احتكاك دائم بالآخرين معاقد يكون ذلك أحد مسببات تمتعهم بالمهارات الشخصية بحكم تعاملهم مع فئات مختلفة من المجتمع وأيضا وجودهم مع فئات مختلفة من النزلاء لمدة من الزمن قد يكون سببا لتعلم مهارات شخصية .

٣) المشاركة الاجتماعية غير دالة احصائيا مع ارتفاع قيمة الانحراف المعيارى لعينة المتعاطين وانخفاض فى المتوسط الحسابى لهم وأرجى ذلك بأنه مع عدم وجود دلالة احصائية الا أنهم لايتمتعون بهذا البعد وهذا ربما مرده الى حب المتعاطى للعزلة عن المجتمع كما وظروف التعاطى قد تجعل المتعاطى يتصرف أحيانا الى عدم الاحتكام بالآخرين .

٤) العمل المشبع والترويح غير دالة احصائيا غير أن ارتفاع المتوسط الحسابى لعينة المتعاطين عن عينة التقنين ربما يكون مؤشر على وجود التعويض السلبى لدى فئة المتعاطين .

٥) الأهداف والمبادئ غير دالة احصائيا مع وجود ارتفاع فى المتوسط الحسابى لعينة المتعاطين والعينة الضابطة عن مجموعة التقنين وربما يكون مرده نوع من المبالغة كنوع من حسن السيرة والسلوك .

ويعلق رشيد بأنه بالنظرالى الأبعادالايجابية الخمسية يتضح أن عينة المتعاطين والعينة الضابطة كانوا يتمتعون بدرجة تفوق مجموعة التقنين .

ثالثا : كان هناك انخفاض واضح فى جميع الأبعاد السلبية للصحة النفسية للمتعاطين وهى :-

١) عدم النضج السلوكى غير دالة احصائيا ومع هذا فقد تكون استجابات المتعاطين للمواقف والمثيرات بأفكار ورغبات طفولية حيث تعاطى المخدر بالنسبة لهم يعد ملجأ خياليا يحققون فيه مالم يستطيعوا تحقيقه فى عالم الواقع .

٢) عدم الثبات الانفعالى هناك فروق ذات دلالة احصائية ويرجى ذلك نتيجة لعدم استطاعة المتعاطى تحقيق النجاح فى الحياة الواقعية فأنصرف ينشدها فى العالم الخيالى مستعينا بتعاطى المخدر كما وحاول التقليل من شأن مايزعجه حسب ماذكروه .

٣) الاحساس بعدم الاتساق وجد هناك فروق ذات دلالة احصائية بين عينة المتعاطين ومجموعة التقنين حيث مرد ذلك قد يكون لشعور المتعاطى بالنقص وعدم الاقتدار على لفت أنظار الاخرين اليه عن طريق النجاح والعمل الجاد .

٤) العيوب الجسمية لم يوجد فروق ذات دلالة احصائية ولكن هناك فروق ضئيلة لدى عينة المتعاطين ومجموعة التقنين ويعزو ذلك الى وجود بعض التصور الجسمانى لدى بعض الفئات من المتعاطين الذين لم يستطيعوا أن يتغلبوا على احساسهم بهذا القصور مما انعكس ذلك على استجاباتهم لهذا البعد من المقياس.

ه) الاثارات العصبية . لايوجد فروق ذات دلالة احصائية حيث ذكر رشيد بأن هناك بعض التباين لدى العينات من خلال المتوسط الحسابى لها والانحراف المعيارى وهذا قد يؤكد وجود بعض المظاهر العصبية لدى المتعاطين والمجموعة الضابطة .

ويذكر رشيد أن الشكل البيانى لعينة المتعاطين اتخذ نفس الشكل المميز للشكل البيانى لمجموعة التقنين من حيث مساراته وان الاختلاف بين الشكل البيانى للعينة والشكل البيانى لمجموعة التقنين يبدو واضحا فى انخفاض درجات المتعاطين عن مجموعة التقنين وان هذا الهبوط فى الدرجات دون الشكل والمسار للبروفيل لهو مؤشر على انحدار مستوى الصحة النفسية لدى متعاطى المخدرات . ويذكر أيضا ان الأبعاد السلبية كانت متدنية بصفة عامة أكثر من الأبعاد الايجابية وبعدى عدم النضج السلوكى وعدم الثبات الانفعالى كانت تبدو فى أدنى درجاتها ولعل هذا دليلا على عدم استطاعة المتعاطى التوافق مع نفسه ومع المحيطين به مما يؤكد اتجاه مستوى الصحة النفسية نحو الهبوط .

يلاحظ الباحث أن نتيجة الدراسة خرجت بأن هناك فروق ذات دلالة احصائية فى بعدى عدم الثبات الانفعالى والاحساس بعدم الاتساق وهذا له صلة بمشكلة الدراسة الحاليه كما وخرجت الدراسة بأن بعد الاثارات العصبية غير دالة احصائيا وهذا البعد أيضا له علاقة بمشكلة الدراسة الحاليه .

(٢) لقد قام كلا من الفاروقى ، وحر ، المسلم ، حياه ، الروضان عبداللطيف (١٩٧٧) بدراسة لبعض الجوانب السلوكية والنفسية والاجتماعية لاعتماد الكحول والعقاقير المخدرة فى مستشفى الطب النفسى بالكويت على عينة قوامها ٧٠ فردا وكانت النتائج التى حصلوا عليها بالنسبة لانماط الشخصية قبل الادمان كالتالى :

النوع	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
الشخصية الخجولة	٨ ٪	–
الشخصية الهستيرية	١٤ ٪	٣ ٪
الشخصية الوسواسية	١ ٪	–
الشخصية السيكوباتية	٢٦ ٪	–
الشخصية القلقة	١٢ ٪	١٥ ٪
الشخصية الحساسة	١١ ٪	٦٤ ٪
الشخصية العصابية	٣ ٪	٣ ٪
الشخصية الدورية	٢١ ٪	٣ ٪
الشخصية الغير محددة	٤ ٪	١٣ ٪

ويشيع فى الجدول أعلاه نسبة اعتلال الشخصية بين أفراد المجموعة التجريبية وخاصة النمط السيكوباتى والدورى وهذا يفسر لنا تحلل هؤلاء المدمنين عند بدء حياتهم من القيم وقد استخلصت الدراسة أيضا بأن المرضى كلهم من الذكور المسلمين باستثناء أنثى واحدة والذى يدل على عدم تسامح هذا المجتمع مع المرأة التى تتعاطى الكحول والعقاقير المخدرة وتبين أيضا أن المدمنين يتعرضون للمواد الكيميائية ابتداءا من سن ١٩ سنة حيث كان المدى المطلق لأعمار الأفراد ١٧– ٤٢ سنة ومن الدوافع الرئيسية التى أبداها هؤلاء الأشخاص

الملل وطلب الترفيه بنسبة ٣٩٪ ثم تأثير جماعة الأتراب .

تعليق ، يرى الباحث أن نتيجة الدراسة خرجت بالترتيب التالى حسب ماهو موضح بالجدول للمجموعة التجريبية بالنسبة لأنماط الشخصية :

الترتيب الأول : الشخصية السيكوباتية وهو له صلة بمشكلة الدراسة .

الترتيب الثانى : الشخصية الدورية وهو له صلة بمشكلة الدراسة .

الترتيب الثالث : الشخصية الهستيرية وهو له صلة بمشكلة الدراسة .

الترتيب الرابع : الشخصية العصابية وهو له صلة بمشكلة الدراسة .

(٣) قام ثابت (١٩٨٤) ، بدراسة استطلاعية على مجموعة من الأحداث حول المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات بدولة الأمارات العربية بلغ اجمالى أفراد العينة ٤٢٥ من الذكور والاناث وقد قام الباحث بتطبيق استمارة البحث من اعداده على العينة لمعرفة الأسباب وراء تعاطى هؤلاء الأطفال لهذه المواد السامة فكانت نتائج الدراسة كالتالى :

(أ) ان غالبية الأفراد الذين يمارسون استنشاق الغازات يشعرون بالارتياح عند تعاطيهم لهذه المادة بنسبة ٥٥ ٪ بينما أكد العكس ٣٩ ٪ .

(ب) وقد خرج أيضا أن تأثير التعاطى حسب رأى المتعاطين أنفسهم هو التالى :

- تؤدى الى فقدان الوعى .
- نسيان المتعاطى للهموم والمضايقات الأسرية .
- الاحساس بالحرية .
- تعويض النقص .

تحقيق الذات لدى المتعاطين .

يلاحظ الباحث أن الدراسة خرجت ببعدين لهما علاقة بمشكلة الدراسة وهما تحقيق الذات لدى المتعاطين وبعد تعويض النقص .

(ب) دراسات خارج دول مجلس التعاون الخليجي :

(١) قام عبدالرحيم (١٩٧٦) بدراسة استطلاعية لبعض خصائص الشخصية المميزة لمدمني تعاطي القات في الجمهورية العربية اليمنية وقد استخدم اختبار الشخصية المتعدد الأوجه على عينتين الأولى تضم عشرين طالبا من مدمني تعاطي القات وتضم الثانية عشرين طالبا من غير المدمنين وقد خرجت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة احصائية في المتغيرات التالية :

- مقياس توهم المرض لصالح المدمنين عند مستوى دلالة ٥٠ر٠
- مقياس الانحراف السيكوباتي لصالح المدمنين عند مستوى دلالة ٥٠ر٠

وذلك نتيجة مايعانيه المدمنين في نقص الاستجابة الانفعالية العميقة عن غير المدمنين ويلاحظ الباحث أن الدراسة خرجت ببعدين لهما علاقة بمشكلة الدراسة الحالية وهما متغير توهم المرض ومتغير الانحراف السيكوباتي بالاضافة الى أن الدراسة لعبد الرحيم خرجت بأن مجموعة المدمنين حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس الهوس الخفيف وهذا المتغير داخل ضمن مشكلة الدراسة الحالية .

(٢) قام المغربي (١٩٦٠) بدراسة لظاهرة تعاطي الحشيش في جمهورية مصر العربية حيث طبق اختبار منوسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية وكذلك اختبار رورشاخ وبعض الاختبارات السيكومترية حيث كان اجمالي المجموعة التجريبية ١٢٠ فردا موزعين مابين متعاطين داخل السجن وخارجه وكانت نتائج دراسته خرجت بأن المتعاطين للمخدرات بصفة عامة يمكن أن يتسموا بسمات عامة هي على الترتيب من حيث درجة الشيوع الآتي :-

(أ) الاتجاه نحو الانحراف السيكوباتى .

(ب) الاتجاه نحو الانطواء الاجتماعى .

(جـ) الاتجاه نحو السلوك البارانوى .

(د) الانقباض .

وقد فسر المغربى هذه النتائج كالتالى :-

(١) ان الأقل فى الادمان يرجع الى التركيب النفسى المرضى الذى يحدث حالة الاستعداد .

(٢) ان الحياه والنظام الجنسى عند المدمنين على درجة كبيرة من الاضطراب .

(٣) بالنسبة للحاجة الى الاشباع فهو يرجع الى الاشباع الفمى .

(٤) اما عن الحاجة الى الشعور بالأمن واعتبار الذات فانهما يرجعان الى اضطراب النمو فى المرحلة الفمية .

(٥) المخدر هو البديل عن الاشباع الفمى .

(٦) ان الجنسية الأولى فى بداية المرحلة الفمية كانت عندهم غير مستقرة مضطربة ومختلطة بين جميع أنواع صراعات ورغبات ماقبل الجنسية .

(٧) التقدير الشديد للذات والذى يتفق وجوده مع الاشباع الشبقى فى حالة المرح الزائد الناتج عن التخدير .

ويلاحظ الباحث أن دراسة المغربى خرجت بأن المتعاطين للمخدرات بصفة عامة يمكن أن يتسموا بالاتجاه نحو الانحراف السيكوباتى والانطواء الاجتماعى والسلوك البرانوى وان هذه المتغيرات الثلاثة هى ضمن مشكلة الدراسة الحالية .

(٣) قام عبدالسلام (١٩٧٧) بدراسة تحت عنوان دراسة لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتصلة بادمان الأفيون وكانت عينة البحث تتكون من جميع مدمنى الأفيون الذين تقدموا طواعية للعلاج الداخلى بمصحة الأمراض النفسية حيث تبلغ عينة الدراسة ٥٢ فردا وكانت نتائج دراسته كالتالى :-

(أ) تبين أن المدمنين ينتمون الى مستويات دنيا من الذكاء .

(ب) تبين أن المدمنين يعانون من شعور عام بعدم الأمن والطمأنينة الانفعالية وهذه النتيجة تدخل ضمن اهتمامات الدراسة الحالية لمشكلة البحث .

(جـ) اتسام اتجاهات مدمن الأفيون حيال المتغيرات التى يقيسها اختبار ساكس باضطراب التوافق والسلبية .

(د) ان اضطراب الشخصية لدى المدمنين من النوع العميق الجذور وهذه النتيجة تدخل ضمن اهتمامات الدراسة الحالية لمشكلة البحث .

(هـ) ان المدمنين ينتمون الى مستويات اجتماعية واقتصادية دنيا .

(و) ان آثار الأفيون عند بدء الادمان تحقق للمدمن نشوة ايجابية بينما آخر مرة تعاطى تحقق له نشوة سلبية .

(ز) اختلاف الحالة المزاجية والنفسية للمدمن وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير .

(٤) قام المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر (١٩٦٤) بدراسة عن تعاطى الحشيش فى مصر وكان الهدف الرئيسى منه الكشف عن أكبر عدد ممكن من العلاقات بين التعاطى وبين المتغيرات التى يفترض أنها مؤدية اليه وقد استخدمت فى هذا البحث عينة من المتعاطين للحشيش المتطوعين والعينة الضابطة من غير المتعاطين وقد خرجت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة احصائية

بين المتعاطين وغير المتعاطين فى النواحى التالية :

(-) السمات الشخصية للمتعاطى .

(-) التعاطى وأبعاده والعوامل المرتبطة به والدافعة اليه .

(-) ظروف التنشئة الاجتماعية للمتعاطى .

(-) الآثار النفسية والاجتماعية المباشرة للمتعاطى .

(-) خصائص الموقف المحيط بالتعاطى .

يلاحظ الباحث من ذلك أن هناك فروق ذات دلالة احصائية فى سمات الشخصية بين المتعاطين وغير المتعاطين وذلك له علاقة بمشكلة البحث لهذه الدراسة .

(ه) قام المغربى (١٩٦٦) بدراسة عن سيكولوجية تعاطى الأفيون ومشتقاته على متعاطين مصريون حيث قامت الدراسة على عينة تجريبية تشمل ٢٥ حالة طبق عليهم اختبار مفهوم الذات وهناك ١٠ حالات طبقت عليهم جميع أدوات الدراسة وعينة ضابطة تشمل ٢٥ حالة طبق عليهم نفس اختبار مفهوم الذات و ١٠ حالات طبق عليهم ماطبق على الحالات التجريبية وقد راعى الباحث شروط التماثل بين العينتين فى السن ، مستوى المهنة ، التعليم ، بيئة النشأة وكانت نتائج دراسته التالى :-

المتغير	متوسط القيم	
	مدمنون	غير مدمنون
- النرجسية والانفعال بالذات	- ٣ر٤	+ ٥ر٣
- تدمير الذات	- ٦ر١	+ ٨ر٤
- صورة الذات واعتبارها	- ٨ر١	+ ٣ر١٠
- تجنب الجنس واللقاء الجنسى	- ٦ر٥	+ ٢ر٤
- كف العدوان	- ٣	+ ٤ر٢

وقد فسر المغربى نتائجه بأن المدمنين يغلب فى تقديرهم لذاتهم أنهم يرون أنفسهم ويدركونها فى مستويات عالية فى الصفات غير المقبولة وفى مستويات منخفضة عن العاديين فى الصفات المقبولة اجتماعيا .

ويلاحظ الباحث أن متغير الذات واعتبارها لها صلة بمشكلة الدراسة الحالية .

(٦) لقد قام مصطفى (١٩٨٢) بدراسة تعاطى المخدرات لدى الشباب بجمهورية مصر العربية دراسة فى سيكولوجية التعاطى حيث تتكون عينة البحث من مجموعتين المجموعة الأولى من الذكور والمجموعة الثانية من الاناث من المدمنين والمدمنات للحشيش وقد بلغ عدد عينة الذكور ١٥ فردا تتراوح أعمارهم بين ١٩ - ٢٤ سنة وغير متزوجين والعينة من الجامعيين سنة أولى وقد بلغ عدد عينة الاناث ٥ فتيات تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٣ سنة غير متزوجات والعينة من الجامعيات سنة أولى وقد استخدم الباحث أسلوب المقابلة الاكلينيكية واختبار بيكفورد الاسقاطى المصور وأختار الباحث ثمانية أبعاد تتفق وطبيعة العينة من عدد عشرين بعد يقيسه المقياس وهى :-

(١) العلاقات الاجتماعية نحو صورة الأب والسلطة .

(٢) الصراع مع صورة الأب والمدرسين .

(٣) العلاقة الاجتماعية بالأم والغيرة الأخوية .

(٤) العلاقة مع صورة الأب والأم .

(٥) العدوان نحو الصورة الوالدية والانتقام .

(٦) الصراع بين الصورة الوالدية .

(٧) الشعور بالوحدة والنبذ .

(٨) الخيالات الجنسية وعقدة الخصاء .

وقد استخدم اختبار اليد الاسقاطي واختبار التوافق لهيوم بل والذي يقيس أربعة جوانب وهي التوافق المنزلي ، التوافق الصحي ، والتوافق الاجتماعي ، التوافق الانفعالي وقد خرج مصطفى من دراسته بالنتائج التالية :

أولا : نتائج الدراسة للذكور والاناث على اختبار بيكفورد الاسقاطي وهي :

(١) احتمال أن يكون العامل المشترك للادمان عند الذكور والاناث هو اضطراب الوجود وفقدان الدفا العاطفي .

(٢) ان هناك عامل مشترك بين الجنسين وهو الشره الجنسي عند كل منهما .

(٣) يتفق كل من الذكور والاناث في التمرد على السلطة بكافة أشكالها .

(٤) ان المشكلة الأساسية التي وراء العينتين هي مشكلة الاحساس بالضياع واللاهدف .

(٥) يتفق كل من الذكر والأنثى في الطبيعة الاكتئابية وهذه النخبة تتدخل ضمن اهتمامات مشكلة البحث للدراسة الحالية .

(٦) اما الخيالات الجنسية للذكور والاناث فتحوم حول اشتهاء المحارم .

ثانيا : نتائج الدراسة بين الذكور والاناث على اختبار اليد الاسقاطي وهي :

(١) اتضح أن العدوان عند الاناث أكثر بكثير من العدوان عند الذكور .

(٢) شدة الكبت الواقع على الاناث كان سببا وراء اللجوء للمخدر .

ثالثا : نتائج الدراسة بين الذكور والاناث على اختبار التوافق لهيوم بل وهي :

(١) اشتراك كل من الاناث والذكور في سمة اللاتوافق للابعاد التالية التوافق المنزلي ، التوافق الصحي ، التوافق الانفعالي أما عن التوافق الاجتماعي فقد اتسمت المجموعتان بقدر مناسب من التوافق الاجتماعي .

(٢) سوء التوافق فى مجتمعهم المعاش للذكور والاناث هو أحد الأسباب التى أدت بهم للادمان لعلهم يجدوا هذا التوافق المفقود فى جماعة الحشيش

يلاحظ أن الدراسة تطرق أنه يتفق كل من الذكر والأنثى فى الطبيعة الاكتئابية وهى تدخل ضمن مشكلة البحث وللدراسة الحالية .

ثانيا : دراسات وبحوث أجنبية :

(١) لقد تطرق رشيد (١٩٨٤) فى دراسته الى ماقام به كلا من الباحثين هيكيميان وجرشون ١٩٦٦ (Hekimian and Gershen 1966) بدراسة على ١١٢ مدمن مخدرات وامفيتيامينات وحشيش وال - اس - دى من مرضى مستشفى بلفيو من الوجهة الاجتماعية والواقعية والسيكاتيرية والفارماكلوجية وقد تبين لهما أن مدمنى الهيروين عادة مايكونون ذوى شخصيات سيكوباتية وأنهم مضطربون انفعاليا وان الرغبة فى الانتشاء تتبع أساسا من الاكتئاب الكامن الذى يعد من وجهة نظرهما السبب الرئيسى فى الادمان كما ان نسبة كبيرة من المدمنين لهم تاريخ عقاقيرى سابق أى أنهم أدمنوا العديد من العقاقير قبل العقار الذى أدخلوا من أجله للعلاج .

ويلاحظ أن نتائج الدراسة التى تقول بأن مدمنى الهيروين يكونون ذوى شخصيات سيكوباتية وكذلك مضطربون انفعاليا وان الرغبة فى الانتشاء تنبعث أساسا من الاكتئاب الكامن كل ذلك يدخل ضمن اهتمامات الدراسة الحالية وهى ضمن مشكلة البحث .

(٢) لقد قام مونرو واستين (١٩٦١) (Monroe and Astin 1961) باعطاء استفتاء لمائة مدمن يتكون من ٣٥٠ فقرة لتحديد درجة التباين بين تصورهم لذواتهم والصورة النمطية للمرض وقد تبين لهما ان هؤلاء الذين يعطون لأنفسهم درجات أعلى من الصورة النمطية ينتكسون بسرعة فى استخدام المخدر كما أنهم استخدموا العقاقير لفترة طويلة من الزمن وأنهم ذوى شخصيات سيكوباتية غير متوافقين اجتماعيا وأقل استجابية للعلاج من هؤلاء الذين يعطون لأنفسهم درجات أقل من الصور النمطية .

يلاحظ أن نتائج الدراسة تقول بأن المدمنين ذوى شخصيات سيكوباتية وأنهم غير متوافقين اجتماعيا وهذا يقع ضمن مشكلة البحث للدراسة الحالية .

(٣) لقد تطرق رشيد (١٩٨٤) فى دراسته الى ماقام به كلا من الباحثين سولا ويلاد ١٩٧٤ بتطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ومقياس زنوج لتقدير الاكتئاب على ١٩٦ مدمنا يستخدمون الميثادون كعلاج فخرجا بأنه يشيع بين هؤلاء متغير الاكتئاب على الرغم من انتظامهم فى برنامج العلاج كما بينت قائمة بك (Beck) للاكتئاب ان قابليتهم للاستثارة هو السبب فى اضطراب الشخصية والوزن والنوم وقد انتهى الباحثان الى أن مدمنى الأفيونات يجدون العلاج بالميثادون استمرارا لممارستهم للنشوة السلبية .

(٤) لقد تطرق رشيد (١٩٨٤) فى دراسته ماقام به كلارك (Clark) (١٩٦٢) والذى استخلص من دراسة تتبعية لخمسين حالة من ١٢٠ حالة ممن ترددوا على مستشفى كريشتون رويال فى اسكتلندا مابين ١٩٤٩ – ١٩٦٠ ان المرض الفعلى قد صاحب أو سبق ٢٠ حالة من الخمسين منها ١٣ حالة ظهر فيها السلوك السيكوباتى قبل الادمان وقد تمكنت ٢٨٪ من الحالات التغلب على الادمان بينما ٢٥٪ واصلت الايداع بالمستشفى .

يلاحظ ان الدراسة قد خرجت بأن ١٣ حالة ظهر فيها السلوك السيكوباتى قبل الادمان وهى ضمن اهتمامات مشكلة الدراسة الحالية .

تعليق عـــام على الدراســـات والبحوث السابقـــه :-

على ضـوء مشكله البحث وفـــي ضوء الدراسـات والبحوث السابقه يتضح الاتـــي :-

اولا : الدراسات التي تناولت متغيـر الانتماء الاســـرى دراسـة مصطفى (١٩٨٢) والتـــي بدراسـة تعاطي المخدرات لدى الشباب بجمهورية مصر العربيه في سيكولوجيه التعاطـي والتي خرجـت بأنـه يتفـق كلا من الذكـور والاناث سـمة اللاتوافـق المنزلـي وقـــــد تناولت فئـة الذكـور والاناث وهذا لا يتفـق مع الدراسـه الحاليه حيث عينتهـا من الذكور ومن نزلاء السجـن ودار الملاحظـة بجده بالاضافـة الى كون الدراسـة الحاليه طبقـــت على البيئـة السعوديه .

ثانيـا : ومن الدراسات التي تناولت متغيـــر الاجتماعيه دراسـة مصطفى (١٩٨٢) ودراســة المغربي (١٩٦٠) حيث خـرجت بنتائج مؤداهـا ان متعاطي المخـدرات يميلـــون الى عـدم السـواء فـــي متغيـــر الاجتماعيه ولقـــد لاحـظ الباحث اختـــلاف في دراستة الحاليه مع دراسـة المغربـي (١٩٦٠) حيث اعتمد المغربي على مجموعـــة تجريبيه داخل السـجن وخارجـه دون ان يكـون هنـاك مجموعـة ضابطـه كمــــا وقـــد لاحظ الباحث ان تفسيراتـه كانت مبنيه فقـط على مدرســـة التحليـل النفســي كونـه قـــد ارجـى اسباب التعاطي هو نتيجة لحاجة الفرد الى الاشباع الفمي والاشبـــاع الجنســــي .

ثالثا : ومن الدراسات التي تناولـت متغيـــر الاتساق الذاتي دراسه رشيـــد (١٩٨٤) حيث خرج بأنـه توجـــد فـــروق ذات دلالـــه احصائيـــه بين عينـــة المتعاطين ومجموعـة الفئتين وقـــد فســـر ذلك نتيجـة شعور المتعاطي بالنقص وعدم الاقتـدار على لفـــت انظار الاخرين عن طريق النجاح والعمل الجاد كما وقـــد لاحظ الباحث في دراستـــه رشيـــد اعتمدت على عينـه صغيـــره حدود ٣٠ فرد ممن اودعـو السجن من غيـــــر المتعاطين و ٣٠ فرد من متعاطي المخـدرات .

رابعـا : ومن الدراسات التي تناولـت متغيـــر توهـم المرض دراسـة عبد الرحيم (١٩٧٦) حيث خرجـت دراستـه بأن هنـاك فـــروق ذات دلالـــه احصائيـــه بين متعاطـــي القـات غير غيرهم في متغير توهم المرض وقـــد لاحظ الباحث بأن عبد الرحيم قـــــد اطلـق على متعاطي القات مدمنيين وفي حقيقـة الامر القات لا يسبب الادمان بالاضافـــة الى كون عينتـه صغيره في حدود ٢٠ طالبا وفي رأى الباحث يعتبر هذا هو احـــــد عيوب هذه الدراســـه .

خامسا : ومن الدراسات التي تناولت متغير الاكتئاب دراسة هيكيمان وجرشون ١٩٦٦ حيث خرجت دراسته بأن السبب الرئيسي وراء تعاطي المخدرات يتبع اساسا من الاكتئاب وأن نسبة كبيره من المدمنيين لهم تاريخ عقاقيرى سابق أى انهم اومنوا العديد من العقاقير قبل العقار الذى ادخلوا من اجله للعلاج وقد لاحظ الباحث بأن هذه الدراسه تختلف عن الدراسه الحاليه كون عينتها من نزلاء معمه وتتفق معها في كون العينة تتعاطى مجموعة من المخدرات .

سادسا : ومن الدراسات التي تناولت متغير الهستيريا دراسة الفاروقي ، (١٩٧٧) حيث خرجت دراسته بأن الشخصية الهستيريه هي احد أنماط شخصية متعاطي المخدرات وكانت عينة البحث ٧٠ فردا ولم يكن هناك عينة ضابطه وانه لاحظ الباحث ان جميع العينات من المرضى الذين ادخلوا مستشفى الطب النفسي بالكويت وتختلف عن الدراسة الحاليه كونها اعتمدت على عينة ضابطه .

سابعا : ومن الدراسات التي تناولت متغير البارانويا دراسة المغربي (١٩٦٠) وذلك بدراسة عن ظاهرة تعاطي الحشيش وطبق اختيار منسوتا المتعدد الاوجه لقياس الشخصيه والذى خرج بدراسته بأن شخصية المتعاطي تتسم بالاتجاه نحو السلوك البارانوى واعتمدت عينة على متعاطين داخل السجن وخارجه بمجموعه تجريبيه ١٢٠ فردا وقد فسر نتائجه على ضوء التركيب النفسي للفرد ولم يعطي الجانب الاجتماعي أى اهتمام .

ثامنا : ومن الدراسات التي تناولت متغير القهار دراسة عبد السلام (١٩٧٧) وذلك بدراسة تحت عنوان دراسه لبعض المتغيرات النفسيه والاجتماعيه المتصلة بادمان الافيون وكان مجموع عينه الدراسة ٥٢ فردا جميعهم تقدموا طواعيه للعلاج عصبه الامراض النفسيه وهذا يختلف عن الدراسه الحاليه في كونها اعتمدت على عينه واحده وجميعها من معن الامراض النفسيه .

تاسعا : ومن الدراسات التي تناولت متغير العضام دراسة الفاروقي (١٩٧٧) والتي كشفت عن اغاط الشخصيه لمتعاطي العقاقير المخدره بمستشفى الطب النفسي بالكويت والتي اكدت بأن غط الشخصيه الغصاميه هو احد اغاط شخصية متعاطي العقاقير المخدره .

عاشـــرا : ومن الدراسات التي تناولت متغيـــر الهوس الخفيف دراســـة ثابت (١٩٩٤) والتي كانت دراسته على مجموعة من الاحـداث حول المخـدرات وظاهـــــرة أستنشاق الغازات بدولة الامارات حيث كان مجموع العينة ٤٢٥ من الذكـــــــور والاناث وهذا يختلف عن مواصفـــات الدراسه الحاليـــه .

الحادي عشر: ومن الدراسات التي تناولت متغيـــر الانحراف السيكوباتـــي دراســــة كلارل (١٩٦٢) والتي استخلص من دراسه تتبعيه لخمسين حالـــه من ١٢٠ حالـــه ممـن ترددوا على مستشفى كريشتون رويال في اسكتلندا بأن هنـــــاك ٢٠ حاله ظهـــرعليها السلوك السيكوباتـــي قبـل الادمـــان ونلاحـــــظ ان الدراسة الحاليه تختلف في كونها دراســـه وصفيه وليست تتبعيـه اضافـــة الى هناك اختلاف في البيئة واختلاف في مواصفات العينة .

الثاني عشر: ومن الدراســـات التي تناولت متغيـــر الانطواء الاجتماعـــي دراســـــة المغربي (١٩٦٠) والتي خرجت بأن المتعاطين للمخدرات بصفة عامــــــه يمكن ان يتســـموا بالاتجاه نحو الانطواء الاجتماعـــي واعتمدت عينتـــه علــــى متعاطين داخل السجن وخارجه مجموعة تجريبيه ١٢٠ فردا وهـــذا يختلـــف عن مواصفات الدراسة الحاليـــه .

الفصل الرابع

(١) اجراءات البحث

(٢) عينة البحث

(٣) أدوات البحث

(٤) أسلوب جمع البيانات

(٥) المشكلات والصعوبات

اجراءات البحث :

لقد قام الباحث ببعض الاجراءات قبل البدء في اجراء البحث الحالى وذلك لضمان سير البحث للوصول الى النتائج المرجوة وكانت كالتالى :-

أولا : معرفة امكانية اجراء البحث داخل سجن الاصلاحية بجده ودار الملاحظة بجده كونهما هما المكانين المناسبين لاجراء البحث نظرا لتوفر عينة الدراسة فيهما ، كما والتعرف أيضا الى امكانية مقابلة النزلاء داخل هاتين المصلحتين الحكومية وذلك لتطبيق أدوات البحث فيها والذى على ضوءه تم استحصال موافقة رسمية من الجهات المعنية سواءا بالمديرية العامة للسجون أو وكالة الوزارة لشئون الرعاية الاجتماعية وذلك بعد استحصال الباحث على خطابات رسمية من قبل الجامعة موجهة الى الأجهزة الحكومية المشار اليها أعلاه .

ثانيا : قام الباحث بتطبيق أدوات البحث على ثلاثة حالات لتحديد الوقت المناسب للتطبيق والمفضل لهم وحدد الوقت مابين التاسعة صباحا وحتى الثانية عشر ظهرا .

ثالثا : بعد الانتهاء من الاجراءات السابقة قام الباحث باجراء الخطوات التالية :

(١) اختيار عينة متعاطى المخدرات ممن هم من نزلاء السجن الاحتياطى ودار الملاحظة وكان مجموعهم (٤٠) فردا وقد تم اختيارهم عشوائيا .

(٢) تم تهيئة مكان مناسب لمقابلة الحالات .

(٣) تم تطبيق أداة البحث الأولى وهى مقياس مكة للشخصية بمعدل ثلاثة حالات يوميا بشكل افرادى .

(٤) تم اختيار العينة الضابطة وذلك ممن دخلوا السجن ودار الملاحظة بتهم أخرى غير تعاطى المخدرات حيث كان مجموعها (٤٠) فردا .

(٥) كان التطبيق بالنسبة للعينة الضابطة بمعدل ثلاثة حالات يوميا .

عينة البحث :

فى هذا البحث تم اختيار عينة من سجون الاصلاحية بجده ودار الملاحظة للمنطقة الغربية بجده نظرا لوجود صعوبة فى ايجاد عينة البحث ممن هم متطوعين لاجراء المقياس عليهم وكون السجن ودار الملاحظة هما المكانين الذين يتواجدا فيه من قبض عليهم وهم يتعاطون المخدرات لمن هم من فئة من ١٨ - ٢١ سنة لهذا السبب لجأ الباحث الى اختيار العينة منهم ونظرا لكون معظم الدراسات النفسية أكدت على وجود أثر سلبى للايداع لمن هم داخل السجن لذا راعى الباحث أن تكون العينة الضابطة من النزلاء من غير المتعاطين وكانت كالتالى :-

عينة الدراسة : (المتعاطين) :

وتتكون من ٤٠ فردا ممن يتعاطون المخدرات وهى العينة التى يجرى عليهما خطوات البحث لمعرفة السمات الشخصية لهم وذلك حسب المقياس المستخدم .

العينة الضابطة : (غير المتعاطين) :

وتتكون من ٤٠ فردا من نزلاء السجن ودار الملاحظة من غير المتعاطين حيث يستعين الباحث فى استخدامها مرجعا للمقارنة وذلك لمعرفة السمات الشخصية المميزة بين المتعاطين وغير المتعاطين كما وتعين على تلافى مايؤخذ على بعض البحوث من عدم وجود عينة ضابطة كما وتجعل من البحث فى تفسيراته أكثر ثراءا وصدقا .

ولصعوبة تثبيت جميع المتغيرات بين العينتين داخل السجن فقد راعى الباحث بقدر المستطاع أن تكون العينتين متماثلة من حيث السن والجنس والمستوى الاقتصادى والتعليمى .

أسلوب اختيار العينة :

في محاولة لاختيار عينة البحث تم التعرف على المتعاطين داخل سجن الاصلاحية ودار الملاحظة بجده وقد استخدم الباحث استمارة الخلفية الاجتماعية وذلك لمعرفة أعمارهم ومستوياتهم التعليمية والمهنية ومراكزهم الاجتماعية والاقتصادية وفيما يلي بعض النتائج التي خرج بها الباحث :

أولا : بالتعاون مع المشرفين الاجتماعيين بسجون جده ودار الملاحظة فقد تم فرز جميع مجتمع الدراسة والذين تقع أعمارهم بين ١٨ - ٢١ سنة ٠ حيث كان توزيعهم العام زمن التطبيق كالتالي :-

" ٩ "

جدول يبين كيفية اختيار عينة الدراسة من المجتمع العام للدراسة

نزيل	متعاطي مخدرات		غير متعاطي مخد	
	مجتمع الدراسة	عينة الدراسة	مجتمع الدراسة	الد
دار الملاحظه	٣	٣	٨	
السجن	٥١	٣٧	٣٣	
المجموع	٥٤	٤٠	٤١	

ثانيا : تم أخذ جميع مجتمع دار الملاحظة ، حيث تقع سنهم عند ١٨ سنة فقط وكان عدد المتعاطين ٣ وغير المتعاطين ٨ ٠

ثالثا : تم اخذ جميع مجتمع سجن الاصلاحيه لغير المتعاطين وكان عددهم ٣٣ فردا وتم أنزال احدهم ليصبح العدد ٣٢ فردا وكذلك تم اختيار ٣٧ فردا من متعاطي المخدرات في سجن الاصلاحيه بطريقة عشوائية بعد ان تم تصنيفهم الى فئات العمر وبذلك يصبح لدينا ٨٠ فردا موزعين حسب ماهو موضح في جدول رقم (١) ٠

جدول رقم (١) يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للعمر

العمر بالسنوات	عينة المتعاطين		عينة غير المتعاطين	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
١٨	١٠	٢٥ ٪	٠٨	٢٠ ٪
١٩	١٠	٢٥ ٪	١٤	٣٥ ٪
٢٠	١٠	٢٥ ٪	٠٩	٢٢ر٥ ٪
٢١	١٠	٢٥ ٪	٠٩	٢٢ر٥ ٪
عدد الأفراد	٤٠	١٠٠٪	٤٠	١٠٠٪
المتوسط	١٨ سنة		١٩ سنة	

وتكشف البيانات الموضحة فى الجدول السابق التوزيع النهائى لأفراد العينتين وذلك بعد محاولة الباحث فى تثبيت العمر بين العينتين وكان متوسط عينة المتعاطين ١٩ر٥٠٠ ومتوسط عينة غير المتعاطين ١٩ر٤٧٥ وبذلك تكون متشابهتين الى حد ما من حيث العمر .

جدول رقم (٢) يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لمحل الميلاد

	عينة المتعاطين		عينة غير المتعاطين	
مكان الميلاد	العدد	النسبة	العدد	النسبة
جده	٢١	٥٢ر٥ %	٢١	٥٢ر٥ %
مكة المكرمة	٩	٢٢ر٥ %	٥	١٢ر٥ %
الطائف	٦	١٥ %	٩	٢٢ر٥ %
الليث	١	٢ر٥ %	٢	٥ %
المدينة المنورة	٢	٥ %	١	٢ر٥ %
القنفذة	١	٢ر٥ %	١	٢ر٥ %
الجموم	—	—	١	٢ر٥ %
المجموع	٤٠	١٠٠ %	٤٠	١٠٠ %

ويلاحظ من خلال الجدول أعلاه محل اقامة المتعاطين وغير المتعاطين من النزلاء أن أعلى نسبة ترتبط بالمدن حيث تعتبر الجريمة ظاهرة حضارية تربط بالمدن والتغير الحضاري والثقافي والصناعي فيها ومن الجدول أعلاه يتضح أن للمدن النصيب الأكبر من الجريمة سواء للمتعاطين أو غير المتعاطين من نزلاء السجن حيث بلغت بالنسبة للمتعاطين ٩٠ % والنزلاء من غير المتعاطين ٩٥ % ، أما في المدن الصغيرة لم تتعد نسبة النزلاء عن ٥ % وتقل في الهجر حيث تصل ٢ر٥ % ولايقتصر الأمر على ذلك بل أن نسبة النزلاء تتناسب تناسبا طرديا مع كبر المدينة وتعقد الحياة فيها ، فكلما زاد اتساع المدينة وتطورها والتغير فيها كلما زادت الجريمة فيها وفي هذه الدراسة نجد أن هناك أعلى نسبة هي من ٥٢ % من النزلاء من جده ثم تتلوها مكة والطائف بواقع ٢٢ر٥ % من النزلاء ثم تتلوها المدينة المنورة وهكذا ...

الادوات المستخدمة :

أولا : مقياس مكة للشخصية وهو من اعداد الحاضر (١٩٨٦)

وصف مقياس مكة للشخصية :

يشتمل هذا المقياس على ٢٠٣ عبارة وتعبر من المقياس متعددة الأوجه حيث تقيس أثنى عشر بعد من أبعاد الشخصية لكل بعد مقياس فرعى بقيمه يشتمل على ٣٥ عبارة بعضها خاص بالبعد نفسه وبعضها مشترك مع أبعاد أخرى ويستند فى ذلك على أن استجابة الفرد تكشف عن أكثر من وجه من أوجه الشخصية وهذا المقياس يغطى عامة سمات الشخصية فى النواحى التى تقيسها . وللمقياس ورقة اجابة فى زاويتها العليا اليمنى حقول للبيانات الشخصية التى يطلب من المفحوص كتابتها كما تشتمل الورقة على الأرقام من ١ - ٢٠٣ يمثل كل منها رقم عبارة من عبارات المقياس وتحت كل رقم دائرتين الأولى تقابل كلمة نعم والثانية تقابل كلمة لا ويطلب من المفحوص تسويد احدى الدائرتين بحسب انطباق العبارة أو عدم انطباقها عليه . ويخلو المقياس من العبارات التى تصاغ بشكل سؤال فجميع عبارته تقريرية والدرجات على هذا المقياس تشير الى سمات نوعية لبعض الأبعاد والى مجموعات اكلينيكية فى أبعاد أخرى كما فى مثلث العصاب المشتمل على بعد توهم المرض ، والهستريا والاكتئاب ومربع الذهان الذى يضم الفصام والبارانويا والقهار والهوس كما تشير الدرجات فى هذا المقياس الى تقدير التوافق مع الذات (جسميا وانفعاليا) ومع الآخرين (أسريا واجتماعيا) .

وتعتبر الدرجة المرتفعه على هذا المقياس هو الاتجاه نحو السلبية سواء بالنسبة للابعاد الموجبة الثلاثة الأولى أو بالنسبة للابعاد السالبة التسعة الأخرى فالأبعاد الموجبة تزداد سلبية وتقل ايجابيتها كلما زادت الدرجة عليها ، كما ان الأبعاد السالبة تزداد سلبية بازدياد الدرجة عليها .

كيفية اعطاء الدرجات:-

تعتبر درجة كل مقياس اوبعد هى درجة متصلة من صفر (ايجابيا) الى ٣٥ (سلبيا) بحيث الفرد الذى يحصل على درجة ٣٥ هو اميل الى عدم السواء سواء للابعاد الموجبة الثلاثة الاولى (الانتماء الاسرى ، الاجتماعية ، الاتساق الذاتى) او الابعاد السلبيه التسعه الاخره (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا ، البارانويا ، القهار، الفصام، الهوس الخفيف، الانحراف السيكوباتى ، الانطواء الاجتماعى وهى موضحة فى الملحق (أ) .

(١) مقياس الانتماء الأسرى :

يظهر أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا القياس سوء توافق فى حياتهم المنزلية والأسرية . اذ يشكون من الشعور بالتعاسة فى منازلهم ويقررون وجود مشاحنات بينهم وبين أفراد أسرتهم كما توجد مشاحنات كثيرة بين أفراد الأسرة أنفسهم ويشكون من والديهم لكثرة مضايقتهم لهم ، ومراقبتهم لتصرفاتهم وتدخلهم فى تحديد أصدقائهم ، ونقد سلوكهم ومظهرهم الشخصى ، وفرض الآراء عليهم وعدم الاستماع لآرائهم كما يشكون من المزاج العصبى لوالديهم ولايكنون الاحترام لهم . ويتضايقون من عادات بعض أفراد أسرتهم . ويشعرون بالخزى من الأعمال التى يقوم بها بعض أفراد الأسرة ويعتقدون أن سوء الظروف المنزلية هو سبب تعاستهم . ويشعرون بكراهية لأسرهم بين الحين والاخر ، ويعانون من صراع فى هذه الناحية بين محبتهم لأسرهم أحيانا وكرههم لها فى أحيان أخرى .

(٢) مقياس الاجتماعية :

يميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الى الخضوع والانسحاب والتقهقر فى اتصالاتهم الاجتماعية فهم : خجولون ويخشون الحديث أمام الناس وحساسون للنقد ، وليس لهم من الأصدقاء الا عدد قليل كما يجدون صعوبة فى تكوين الصداقات ، ويسهل احراجهم ويجدون صعوبة فى البدء بحديث أو مناقشة أمام الناس .

(٣) مقياس الاتساق الذاتي :

وهو يقيس مدى توافق الفرد مع ذاته ، فالأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية فيه يميلون الى عدم الاتزان الانفعالى كما أنهم يميلون الى عدم التوافق الصحى ، فهم يشكون من اضطرابات جسمية متنوعة ويتعبون بسرعة ويفتقدون الشعور بالحيوية والنشاط كما يشكون من الشعور بالحزن فى معظم الأوقات وينتابهم القلق على صحتهم . وهم حساسون للنقد كثيرا والندم على مافعلوه ، خجولون سريعو الغضب كما أنهم يعانون من الشعور بالعزلة . وثقتهم بأنفسهم ضعيفة ويسوءهم نجاح الآخرين ويبدون بعض المظاهر السلوكية القهرية .

(٤) مقياس توهم المرض :

يختص هذا المقياس بالاهتمام المبالغ فيه لوظائف الجسم ، والذى يفتقر الى سبب عضوى . والأشخاص الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا المقياس يتصفون بقلة النضج فى معالجة المشكلات ، ويفتقرون الى الاستبصار فى الأمور ذات الصلة بأجسامهم . وهم مع اهتمامهم الزائد بمشكلاتهم الجسمية والحاح هذا الاهتمام عليهم الا أن الأدلة قوية على خلوهم من هذه المشكلات . وكلما ثبت لهم عدم وجود بعض الأعراض يلاحظ لجوءهم الى أعراض أكثر تعجيزا . وغالبا مايكون لأحدهم تاريخ طويل من المبالغة فى شكواه الجسمية اضافة الى شعوره بتدهور فى صحته الجسمية مع الزمن .

(٥) الاكتئاب :

أصحاب الدرجات العليا على هذا المقياس يتصفون بروح معنوية متدنية وهم متشائمون يائسون يحسون بالعجز فى النظر للمستقبل بتفاؤل ، قليلو

الثقة بالنفس حذرون ، يرون أن اتجاهاتهم هى الاتجاهات الواقعية الوحيدة ، كثيرو القلق اهتماماتهم ضعيفة ومحدودة ، اضافة الى أنهم منطووون . كما يحسون ببعض الاضطرابات الجسمية ، حساسون للنقد يشعرون بأنهم عديمو الفائدة يخشون من الاصابة بالجنون ويفضلون عدم البوح بأسرارهم للاخرين .

(٦) مقياس الهستريا :

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس من أعراض مرضية معدية ومعوية وقلبية ، اضافة الى شكواهم من الشلل ، حياتهم خالية مما يثير الاهتمام ، يشكون من عدم القدرة على التركيز أثناء القيام بعمل ما . نومهم مضطرب . يشعرون بالحزن فى معظم الأوقات ويفتقدون السعادة فى حياتهم المنزلية ، ويتعبون بسرعة ويهتمون بما يظنه الناس عنهم ، ويمتازون بالصراحة والود . وهم كثيروا الكلام ويتحدثون الى الغرباء بسهولة ويميزهم القلق وعدم الاستقرار أحيانا ، وربما كانت الأعراض التى يظهرها ذو الدرجة المرتفعة على هذا المقياس غطاء يستر به صراعاته ، أو يهرب به من مسئولياته وليس مستبعدا أن يكون أمثال هؤلاء أقل نضجا من الوجهة النفسية من غيرهم .

ويحتمل ظهور الأعراض الهستيرية على الشخص ذى الدرجة المرتفعة وقت الشدة ولو لم تظهر فى الحالات العادية وربما لجأ الى حل مشكلاته عن طريق هذه الأعراض .

(٧) مقياس البارانويا :

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس من أوهام العظمة

والاضطهاد ويشعرون بأنهم يفتقدون لمن يفهمهم فى هذه الحياة ، كما يفتقدون الشعور بالسعادة ، وهم كثيرو الشك ويشعرون بحساسية زائدة فى العلاقات الشخصية ، ويتأثرون بنقد الآخرين لهم . كما يشعرون بضخامة ضغط العمل عليهم وهم طيبو القلب .

(٨) القهـار :

أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس يميزهم القلق والمخاوف المرضية أو السلوك القهرى ، مثل : عدم القدرة على الهروب من الأفكار المتسلطة ويصعب عليهم تركيز الذهن أثناء القيام بعمل ما كما يفتقدون السعادة وثقتهم بأنفسهم ضعيفة ، ويندمون على مايفعلون ، ويشعرون بالذنب فى أحيان كثيرة كما يشعرون بأنهم عديمو الفائدة . كما يعانون من اضطراب فى نومهم ، وهم كثيرو الغضب يجدون الحياة صعبة ، ويخشون الحديث أمام الناس ويحرجون بسهولة ويخافن من الناس ، ويحملون أنفسهم فوق مايطيقون .

وارتباط هذا المقياس بالفصام يمثل أعلى ارتباط له مع مجموعة المقاييس الفرعية اذ يصل الى ٨٦ر.

(٩) مقياس الفصام :

يشكو أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس من الشعور بالانقباض فى كثير من الأحيان ويجدون فى أنفسهم رغبة فى ايذاء الآخرين ويشكون فى الآخرين كما يعانون من بعض الاضطرابات الجسمية . قليلو الثقة بأنفسهم ، قليلو الاستقرار تصيبهم نوبات من الأغماء ، سريعو الانفعال ، يكرهون بعض من

يحبونهم ، يشعرون بأن الحياة صعبة بالنسبة لهم ويفتقدون القدرة على تكوين الصداقات بسرعة ولايستطيعون تركيز تفكيرهم فيما يفعلونه ويخافون من أشياء أو أشخاص مع اعتقادهم أنهم لايضرونهم ولايثقون فى الناس ، قلقون صريحون ، طيبو القلب اضافة الى أنهم يمتازون بالشجاعة والاهتمامات الخلقية .

١٠) مقياس الهوس الخفيف :

يشبه من يعانى من الهوس الخفيف أولئك الأشخاص الذين يوصفون بأنهم ذوو طموحات عالية شبها كبيرا . لذا فالشخص الذى يعانى من الهوس ينحرف قليلا عن الشخص العادى . ويمتاز من يحصل على درجات عالية فى هذا المقياس بأنه كثير الاهتمامات والمشاغل مما ينجم عنه مشكلات يقع فيها نتيجة انغماسه فى العديد من النشاطات فى آن واحد . وهو يحب الالتقاء بالناس والاختلاط بهم ويحاول اصلاح من حوله . وقد يشتبك معهم نتيجة لذلك ويتحمس لمشروعات كثيرة ، لكنه قد يفقد حماسه بعد فترة من الزمن . ويمتاز بالأفكار الطيارة والنشاط الزائد .

١١) مقياس الانحراف السيكوباتى :

يمتاز الشخص الذى يحصل على درجة عالية من هذا المقياس بعدم قدرته على الاستفادة من خبرته ، وهو لايتقيد بالمعايير الاجتماعية كما يشعر بأنه مظلوم فى حياته الحالية مما يثير الاهتمام ولايستطيع تركيز ذهنه أثناء قيامه بعمل ما ويشعر بمعارضة أسرته والناس من حوله ، كما يفتقد الى السعادة ويتضايق حين يجعله الآخرون موضوعا لمزاحهم . وهو حساس ويعانى كثيرا من الندم على مايفعل . ويصطدم بعض حوله من أهل وأصحاب ، اضافة الى ترجمه

الخيفة من الناس . ويهتم كثيرا بما يقوله الناس عنه ولايبالى بما يصيبه نتيجة مخالفته للمعايير السائدة وقيامه بأعمال لا أخلاقية أو لا اجتماعية كما لايبالى باكتشافه سلوكه المنحرف .

١٢) مقياس الانطواء الاجتماعى :

يمتاز الشخص الذى يحصل على درجة عالية على هذا المقياس بأنه يعانى من صعوبة فى الاختلاط بالناس ، وهو حذر ويشعر بأنه من السهل هزيمته فى المناقشات كما يتضايق لو صار محطا لمزاح الآخرين . حساس للنقد ، وخجول قليل الثقة بنفسه ، يتضايق من نجاح الآخرين وهو لايرتاح فى المواقف الاجتماعية المختلفة ، كما أنه لايميل الى الآخرين .

معامل الصدق والثبات لمتغيرات مقياس مكة للشخصية :

البيـــان	معامل الثبات	معامل الصدق الذاتي	معامل الصدق العاملي
(١) الانتماء الأســـري	٩٣ر٠	٩٦ر٠	٧٠ر٠
(٢) الاجتماعيـة	٩٢ر٠	٩٦ر٠	٥٥ر٠
(٣) الاتســاق الذاتـــي	٨٧ر٠	٩٣ر٠	٩٠ر٠
(٤) توهـــم المـــرض	٨٩ر٠	٩٤ر٠	٧٣ر٠
(٥) الاكتئـــاب	٧٨ر٠	٨٨ر٠	٧١ر٠
(٦) الهستيريا	٨٩ر٠	٩٤ر٠	٦٥ر٠
(٧) البارانويا	٨٧ر٠	٩٣ر٠	٧٦ر٠
(٨) القهـــار	٩٢ر٠	٩٥ر٠	٩١ر٠
(٩) الفصـــام	٩١ر٠	٩٥ر٠	٩٠ر٠
(١٠) الهـــوس الخفيف	٩٦ر٠	٩٣ر٠	٦٥ر٠
(١١) الانحراف السيكوباتي	٨٥ر٠	٩٢ر٠	٦٤ر٠
(١٢) الانطواء الاجتماعـــي	٨٩ر٠	٩٤ر٠	٦٥ر٠

مبررات استخدام مقياس مكة للشخصية :

(-) لانه يعتبر أحد المقاييس متعددة الأوجه حيث يقيس اثنى عشر بعدا من أبعاد الشخصية وان استجابة الفرد عليه تكشف عن أكثر من وجه واحد من أوجه الشخصية وهذا يوفر بطبيعة الحال الوقت والجهد .

(-) لان المقياس يمكن فهم عباراته حتى من قبل الأفراد الذين لايتمتعون بذكاء مرتفع وهذا يساعد الباحث كثيرا نظرا لعدم تطبيق اختبار ذكاء على عينته .

(-) لأن جميع عباراته تقريرية وهذا يساعد على صدق اجابة المفحوص .

(-) كما وان هذا المقياس حسب ماذكره مؤلفه بأنه طبق من قبل المركز العربي للدراسات الأمنية فى دراسة على مستوى الوطن العربى للتعرف على السمات الشخصية للجرم العائد .

(-) كما وان المقياس طبق على فئة من المنطقة الغربية وبهذا فلايحتاج الى تقنية بالاضافة الى ارتفاع معامل ثباته وصدقه .

ثانياً : استمارة الخلفيه الاجتماعيه :

لا شك ان سلوك الفرد ونمو شخصيته لا يمكن ان تكون في معزل عن البيئه التي نشأ فيها ونقصد بالبيئه هنا الظروف الطبيعيه والثقافيه والاجتماعيه التي يعيش الفرد فيها ويمارس دوره من خلالها وتعتبر هذه المظاهر الثلاثه متداخله ومترابطـه فيما بينها وهي تمارس تأثيرهـا ككل في شخصية الفرد .

وقد تضمنت استمارة بحث الحاله من اعداد الباحث المعلومات التاليـه :

(-) بيانات عامة عن هوية المبحوث .
(-) الحالة التعليميه للمبحوث ووالديه .
(-) الحالة المادية للمبحوث واسرته .
(-) الحاله السكنيه للمبحوث .
(-) المشاكل الاسرية .
(-) بعض الأسئله عن ظروف تعاطي المخدرات من الجهه الشخصيه والاجتماعيـة .

متغيرات الدراسة :

سل	متغيرات الدراسة :-	ادات جمع المعلومات
-	مقياس الانتماء الاسرى	مقياس مكة للشخصية
-	مقياس الاجتماعيه	===============
-	مقياس الاتساق الذاتي	===============
-	مقياس توهم المرض	===============
-	مقياس الاكتئاب	===============
-	مقياس الهستيريا	===============
-	مقياس البارانويا	===============
-	مقياس القهار	===============
-	مقياس الفصام	===============
-	مقياس الهوس الخفيف	===============
-	مقياس الانحراف السيكوباتي	===============
-	مقياس الانطواء الاجتماعي	===============

الاسلوب الاحصائي المستخدم :

تم تحليل جميع البيانات باستخدام الحاسب الالي بجامعة ام القرى باستخدام اختبار T test متخذا مستوى الدلالة ٠،٠٥ اساسا للمقارنة بين المجموعتين في جميع المتغيرات المراد قياسها . وقد استخدم الباحث الاسلوب الاحصائي T test كون دراسته تهدف الى التعرف على الفروق بين كلا من متعاطي المخدرات وغير المتعاطين في سماتهم الشخصية ويعتبر هذا الاسلوب هو افضل الاساليب الاحصائيه للتحقق مع فروض الدراسه .

الفصل الخامس

النتائج وتفسيرها

- الخلفية الاجتماعية
- التحليل الاحصائى لمقياس مكة للشخصية
- الاجابة على تساؤلات البحث
- تفسير النتائج
- توصيات ومقترحات

أولا : الخلفية الاجتماعية لعينة البحث :

من المسلم به أن العوامل النفسية الداخلية تؤدى الى اختيار جوانب محددة من الوسط الاجتماعى . كما أن التأثر بها يتطلب بناءا شخصيا معينا . لذا فان القاء الضوء على تلك الظروف التى ربما ساهمت أو صاحبت مرحلة التعاطى لدى عينة البحث من المتعاطين قد يساهم فى ايضاح وادراك جوانب هذه الدراسة وفيما يلى تحليل لهذه الاستمارة :-

(١) المستوى التعليمى :-

يبين الجدول رقم (٣) توزيع أفراد العينتين من المتعاطين وغير المتعاطين حسب مستواهم التعليمى .

م	المؤهلات	عينة المتعاطين: التكرار	عينة المتعاطين: التكرار النسبى	عينة غير المتعاطين: التكرار	عينة غير المتعاطين: التكرار النسبى	ملحوظات
١	أمى	—	—	—	—	لايوجد
٢	يقرأ	—	—	—	—	لايوجد
٣	يقرأ [illegible]	—	—	١	٢ر٥ %	نسبة غير المتعاطين أعلى
٤	الابتدائية	٢٧	٦٧ر٥ %	١٦	٤٠ %	نسبة المتعاطين أعلى
٥	المتوسطة	١٣	٣٢ر٥ %	١٧	٤٢,٥ %	نسبة غير المتعاطين أعلى
٦	الثانوية	—	—	٥	١٢ر٥ %	نسبة غير المتعاطين أعلى
٧	تعليم عالى	—	—	١	٢ر٥ %	نسبة غير المتعاطين أعلى
	المجموع	٤٠	١٠٠ %	٤٠	١٠٠ %	

يتضح من خلال الجدول السابق أن نسبة حاملى الابتدائية من المتعاطين ٦٧ر٥ % وحاملى المتوسطة ٣٢ر٥ % أما فى عينة غير المتعاطين فنجد أن حاملى الابتدائية ٤٠% وحاملى المتوسطة ٤٢% ومن الملاحظ أن كلا العينتين لايوجد فيهما من لا يقرأ ولا يكتب حيث راعى الباحث ذلك عند اختيار العينة بأنه لابد أن يكون المفحوص من العينتين يقرأ ويكتب على الأقل نظرا لكون القياس يحتوى على فقرات كثيرة بالاضافة الى اعطاء المفحوص فرصة الاجابة من واقعه الداخلى على ورقة الاجابة دون أن يكون هناك مؤثرات جانبية محتملة مثال تغيير الاجابة فى حالة وجود شخص آخر وربما هذا الاجراء زاد من ثراء البحث . وبما أننا لم نجد فى عينة المتعاطين من تعليمهم فوق المرحلة الثانوية فان ذلك قد يكون لدور الثقافة والتعليم أبلغ الأثر فى الابتعاد عن تعاطى المخدرات بعكس مانلاحظه فى عينة غير المتعاطين حيث يبين الجدول أن هناك ١٢ر٥% يحملون الثانوية العامة و ٢ر٥% ذوى التعليم العالى ويبين الجدول أيضا أن المستوى التعليمى لغير المتعاطين أعلى . وتشير دراسة رشيد ، جمعان فى بحث دراسة لبعض عوامل السواء النفسى لمتعاطى المخدرات بالمملكة العربية السعودية أن متعاطى المخدرات يزداد انتشارهم مع انخفاض مستوى التعليم .

جدول رقم (٤)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للحالة التعليمية لآبائهم :

م	المؤهلات	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	ملحوظات
١	أمي	١٩	٤٧ر٥ ٪	١٩	٤٧ر٥ ٪	تتساوى العينتين
٢	يقرأ	٨	٢٠ ٪	٤	١٠ ٪	
٣	يقرأ ويكتب	—	—	٧	١٧ر٥ ٪	
٤	الابتدائية	١٠	٢٥ ٪	٤	١٠ ٪	
٥	المتوسطة	٢	٥ ٪	٢	٥ ٪	
٦	الثانوية	١	٢ر٥	٣	٧ر٥ ٪	
٧	تعليم عالي	—	—	١	٢ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يتضح من خلال الجدول السابق أن الأمية منتشرة لدى آباء أفراد العينتين بصورة متساوية .

أما بالنسبة للقراءة والكتابة والمحتوى الدراسي فنلاحظ أن آباء عينة غير المتعاطين أعلى محتوى تعليميا من آباء المتعاطين .

جدول رقم (٥)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للحالة التعليمية لأمهاتهم :

م	المؤهلات	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	ملحوظات
١	أمية	٣٤	٨٥ ٪	٢٨	٧٠ ٪	
٢	تقرأ	١	٢ر٥ ٪	٨	٢٠ ٪	
٣	تقرأ وتكتب	٣	٧ر٥ ٪	—	—	
٤	الابتدائية	١	٢ر٥ ٪	٢	٥ ٪	
٥	المتوسطة	١	٢ر٥ ٪	٢	٥ ٪	
٦	الثانوية	—	—	—	—	
٧	تعليم عالي	—	—	—	—	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

كذلك يتضح من خلال الجدول السابق أن الأمية منتشرة لدى أمهات أفراد العينتين بصورة متساوية .

أما بالنسبة للقراءة والكتابة والمحتوى الدراسي فنلاحظ أن أمهات عينة غير المتعاطين أعلى محتوى تعليميا من أمهات المتعاطين .

جدول رقم (٦)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للمهنة :

م	المهنة	عينة المتعاطين التكرار	عينة المتعاطين التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	عينة غير المتعاطين التكرار النسبي	ملحوظات
١	طالب	١٧	٤٢ر٥ ٪	٣١	٧٧ر٥ ٪	
٢	موظف	٦	١٥ ٪	٢	٥ ٪	
٣	عامل	٣	٧ر٥ ٪	١	٢ر٥ ٪	
٤	متسبب	١١	٢٧ر٥ ٪	٣	٧ر٥ ٪	
٥	سائق	—	—	٢	٥ ٪	
٦	عاطل	٣	٠٧ر٥ ٪	١	٢ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يتضح من خلال الجدول السابق أن الطلاب يشكلون ٤٢ر٥٪ من المتعاطين بينما غير المتعاطين ٧٧ر٥٪ فهم من الطلاب .

ثم يليها مهنة متسبب حيث يتضح لنا أن عينة المتعاطين تفوق عينة غير المتعاطين وكذلك ارتفاع العطالة بالنسبة لعينة المتعاطين عن عينة غير المتعاطين .

جدول رقم (٧)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لمهنة الوالد :

م	المهنة	عينة المتعاطين: التكرار	عينة المتعاطين: التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين: التكرار	عينة غير المتعاطين: التكرار النسبي	ملحوظات
١	سائق	٦	١٥ ٪	٢	٥ ٪	
٢	موظف	٨	٢٠ ٪	٥	١٢ر٥ ٪	
٣	متسبب	٦	١٥ ٪	١٠	٢٥ ٪	
٤	تاجر	٣	٧ر٥ ٪	٥	١٢ر٥ ٪	
٥	عامل	٤	١٠ ٪	٧	١٧ر٥ ٪	
٦	صيدلي	١	٢ر٥ ٪	—	—	
٧	بحار	٢	٥ ٪	—	—	
٨	عسكري	٣	٧ر٥ ٪	٥	١٢ر٥ ٪	
٩	مزارع	١	٢ر٥ ٪	—	—	
١٠	طبيب عربي	١	٢ر٥ ٪	—	—	
١١	بقال	١	٢ر٥ ٪	—	—	
١٢	عساس	١	٢ر٥ ٪	—	—	
١٣	متقاعد	١	٢ر٥ ٪	١	٢ر٥ ٪	
١٤	فاكهاني	١	٢ر٥ ٪	—	—	
١٥	دكتور علم	—	—	١	٢ر٥ ٪	
١٦	متوفي	—	—	٢	٥ ٪	
١٧	حلاق	—	—	١	٢ر٥ ٪	
١٨	صباك	—	—	١	٢ر٥ ٪	
١٩	راعي غنم	١	٢ر٥ ٪	—	—	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يتضح من الجدول السابق أن مهن الآباء بسيطة بالنسبة للعينتين فنجد أن عينة المتعاطين نسبة الموظفين ذوي الدخل البسيط ويشغلون وظائف كتابية بسيطة ٢٠ ٪ ثم يليها السائقين ١٥ ٪ .. وهناك متسببين ١٥ ٪ بالاضافة الى ١٠ ٪ من العمال المهنيين غير المؤهلين . ومما سبق يظهر أن شعبة كبيرة من الآباء من ذوي المهن البسيطة ذات الدخل البسيط .

جدول رقم (٨)

يبين التوزيع أفراد العينتين بالنسبة للحالة السكنية :

م	الحالة السكنية	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	ملحوظات
١	منزل ملك	٢٧	٦٧ر٥ ٪	٣٠	٧٥ ٪	
٢	منزل مستأجر	١٣	٣٢ر٥ ٪	٩	٢٢ر٥ ٪	
٣	سكن حكومي	—	—	١	٢ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يتضح من الجدول رقم (٨) أن معظم أفراد العينتين يسكنون بيوت يمتلكونها الا أن أفراد عينة المتعاطين أقل نسبة بالنسبة لملكية المنزل حيث بلغ ٦٧ر٥ ٪ بينما عينة غير المتعاطين ٧٥ ٪ وفى نفس الوقت نلاحظ ٣٢ر٥ ٪ من عينة المتعاطين يسكنون منازل مستأجرة بينما عينة المتعاطين بلغت ٢٢ر٥ ٪ وأما بالنسبة للسكن الحكومي فكانت هناك حالة واحدة بالنسبة لفئة غير المتعاطين .

جدول رقم (٩)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لنوعية الحى الذى يقع فيه سكناهم :

م	مكان السكن	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبي	ملحوظات
١	حى راقى	٧	١٧ر٥ ٪	٨	٢٠ ٪	
٢	حى متوسط	١٢	٣٠ ٪	١١	٢٧ر٥ ٪	
٣	حى شعبى	١٨	٤٥ ٪	٢٠	٥٠ ٪	
٤	حى فقير	٣	٧ر٥ ٪	١	٢ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يوضح الجدول رقم (٩) أعلاه أن ٤٥٪ من عينة المتعاطين يقيمون فى أحياء شعبية و ٧ر٥٪ يقيمون فى مناطق فقيرة وباضافة هذه النسبة الى بعضها يتضح أن حوالى ٥٢ر٥٪ من عينة المتعاطين يسكنون فى مناطق متدنية فى حين أن حوالى ١٧ر٥٪ منهم يسكنون فى مناطق راقية فى الوقت الذى يقيم حوالى ٣٠٪ من العينة للمتعاطين فى مناطق متوسطة الحال وبالمقارنة مع عينة غير المتعاطين نجد أن ٥٢ر٥٪ يقيمون فى مناطق متدنية وهى نفس النسبة لعينة المتعاطين . ويمكننا الخروج بنتيجة مستخلصة من البيانات السابقة مؤداها أن غالبية الجناء الذين قبض عليهم بتهم اجرامية يقيمون فى مناطق متدنية المستوى فى حين أن نسبة قليلة تسكن فى مناطق راقية فى المدن التى جاء منها أفراد العينة .

جدول رقم (١٠)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للتركيبة السكانية فى مناطق سكناهم :

	التركيبة السكانية فى الحى السكنى	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	ملحوظات
١	كلها من المواطنين	١٨	٤٥ ٪	٢١	٥٢ر٥ ٪	
٢	معظمهم من الوافدين	١	٢ر٥ ٪	٤	١٠ ٪	
٣	بها مواطنون ووافدون	٢١	٥٢ر٥ ٪	١٥	٣٧ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يتضح من الجدول الموضح بعاليه بأن ٤٥ ٪ من التركيبة السكانية فى حى السكن لعينة متعاطى المخدرات من المواطنين و ٥٢ر٥ ٪ مواطنون ووافدون وحالة واحدة ذكرت أن معظمهم من الوافدين . ونجد أن الجدول يوضح أيضا عينة غير المتعاطين بأن نسبة ٥٢ر٥٪ من التركيبة السكانية من المواطنين و ٣٧ر٥٪ من المواطنين والوافدين وذكرت أربعة حالات أن سكناهم معظمهم من الوافدين ، وتجدر الاشارة الى وجود فرق بين العينتين من حيث أن التركيبة السكانية لعينة المتعاطين تكون أكبر عند الأحياء التى يوجد بها مواطنون ووافدون واستنادا الى هذه النتائج يمكننا الخروج بنتيجة مؤداها أن معظم الأفراد الذين يتعاطون المخدرات يقطنون فى مناطق سكنية مختلطة من عدة جنسيات من العرب والمواطنين والأجانب .

جدول رقم (١١)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لوجود الخلافات الأسرية :

م	هل حدثت خلافات فى الأسرة أدت الى شئ مما يلى :	عينة المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	ملحوظات
١	هجر الوالدة	١	٢ر٥ %	١	٢ر٥ %	
٢	انفصال الوالد عن الوالدة	١	٢ر٥ %	٣	٧ر٥ %	
٣	طلاق الوالدة	٦	١٥ %	٢	٥ %	
٤	عمل الوالدة بمفردها	٤	١٠ %	٣	٧ر٥ %	
٥	لا اجابة	٢٨	٧٠ %	٣١	٧٧ر٥ %	
	المجموع	٤٠	١٠٠ %	٤٠	١٠٠ %	

يشير الجدول رقم (١١) أعلاه الى أن ٣٠ % من مجموع أفراد عينة المتعاطين أشاروا الى وجود خلافات أسرية بينما امتنع عن الاجابة ٧٠ % وهؤلاء ربما امتنعوا عن الاجابة لما للاسرة من مكانة أسرية يصعب الافصاح عنها بهذه السهولة ٠ لذا يمكن القول بأن أسر المتعاطين هى أسر مفككة وغير متماسكة حيث أكد هذا الاتجاه ٣٠ % من مجموع أفراد عينة المتعاطين وأن أبرز نتائج هذه الخلافات هى : طلاق الوالدة عملها بمفردها ، وانفصال الوالد عن الوالدة ، وهجر الوالدة مرتبة حسب أولويتها ٠

جدول رقم (١٢)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لعدد الزوجات فى الأسرة :

م	هل يوجد بالأسرة أكثر من زوجة للاب %	غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	عينة غير المتعاطين التكرار	التكرار النسبى	ملحوظات
١	نعم	١٣	٣٢ر٥ %	٩	٢٢ر٥ %	
٢	لا	٢٧	٦٧ر٥ %	٣١	٧٧ر٥ %	
	المجموع	٤٠	١٠٠ %	٤٠	١٠٠ %	

يبين الجدول رقم (١٢) ان ظاهرة تعدد الزوجات لدى عينة المتعاطين يبلغ حجمها ٣٢ % من مجموع عينة البحث فى حين بلغ حجم الأسرة التى لايوجد بها أكثر من زوجة واحدة حوالى ٦٧ر٥ % ، وعليه يمكن القول أن أسرة متعاطى المخدرات تمتاز بارتفاع معدل تعدد الزوجات فيها بالنسبة للاباء وذلك مقارنة بالتكرارات لعينة غير المتعاطين والتى بلغت نسبتها ٢٢ر٥ % ٠

جدول رقم (١٣)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لوفاة أحد الوالدين :

م	وفاة أحد الوالدين	غير المتعاطين التكرار	غير المتعاطين التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين التكرار	عينة غير المتعاطين التكرار النسبي	ملحوظات
١	الوالد	٢	٥ ٪	٦	١٥ ٪	
٢	الوالدة	—	—	١	٢ر٥ ٪	
٣	لايوجد	٣٨	٩٥ ٪	٣٣	٨٢ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يشير الجدول أعلاه (١٣) بأن ٥ ٪ من مجموعة متعاطى المخدرات توفى والدهم بينما أفادت ٩٥ ٪ بأنهم أحياء . وهذا يشير الى أنه ربما ينحرف الفرد نتيجة وفاة أحد والديه ويدعم ذلك ما أظهره الجدول من انخفاض هذه النسبة عند غير المتعاطين ممن هم مسجونون حيث بلغت اجماليها ١٧ر٥ ٪ .

جدول رقم (١٤)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة للترتيب الميلادى بين أخوته :

م	الترتيب الميلادى	عينة المتعاطين		عينة غير المتعاطين		ملحوظات
		التكرار	التكرار النسبى	التكرار	التكرار النسبى	
١	الأول	٨	٢٠ ٪	٢٠	٥٠ ٪	
٢	الثانى	٤	١٠ ٪	٢	٥ ٪	
٣	الثالث	٦	١٥ ٪	٤	١٠ ٪	
٤	الرابع	٧	١٧ر٥ ٪	٥	١٢ر٥ ٪	
٥	الخامس	٣	٧ر٥ ٪	٢	٥ ٪	
٦	السادس	٤	١٠ ٪	٣	٧ر٥ ٪	
٧	السابع	٤	١٠ ٪	١	٢ر٥ ٪	
٨	الثامن	٣	٧ر٥ ٪	—	—	
٩	التاسع	١	٢ر٥ ٪	٣	٧ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يشير الجدول أعلاه (١٤) بأن أعلى نسبة ٢٠ ٪ بالنسبة لعينة المتعاطين كان ترتيبهم الميلادى الأول وفى نفس الوقت نلاحظ أن أعلى نسبة ٥٠٪ بالنسبة لعينة غير المتعاطين كان ترتيبهم الميلادى الأول ولعل تمتعهم بميزات هذه المراكز بين أخوتهم كان له من الدلال المفرط الذى عادة مايسبقه الآباء على أبنائهم الأوائل له تأثير فى انجراف هؤلاء نحو تعاطى المخدرات والانحراف والجريمة هربا من الواقع الذى أصطدموا به لأن الحياة التى عاشوها مغارا بعيدا عن الاعتماد على النفس حيث طلباتهم مجابة وحاجاتهم ملباة ومقضية هى فى الواقع تختلف اختلافا كليا عن الحياة الطبيعية والتى تعتمد وتتطلب فى نفس الوقت القدرة الشخصية لمجابهة أعباء الحياة .

جدول رقم (١٥)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لحجم الأسرة :

م	حجم الأسرة	لعينة المتعاطين: تكرار	النسبة	التكرار التصاعدي للعينة المتعاطين	لغير المتعاطين: تكرار	النسبة	التكرار التصاعدي لغير المتعاطين	ملحوظات
١	١	—	—	—	—	—	—	
٢	٢	—	—	—	—	—	—	
٣	٣	١	٢ر٥ ٪	٢ر٥ ٪	—	—	—	
٤	٤	—	—	٢ر٥ ٪	—	—	—	
٥	٥	٢	٥ ٪	٧ر٥ ٪	١	٢ر٥ ٪	٢ر٥ ٪	
٦	٦	٤	١٠ ٪	١٧ر٥ ٪	٧	١٧ر٥ ٪	٢٠ ٪	
٧	٧	٤	١٠ ٪	٢٧ر٥ ٪	٧	١٧ر٥ ٪	٣٧ر٥ ٪	
٨	٨	٣	٠٧ر٥ ٪	٣٥ر٥ ٪	٤	١٠ ٪	٤٧ر٥ ٪	
٩	٩	٧	١٧ر٥ ٪	٥٣ ٪	٣	٧ر٥ ٪	٥٥ ٪	
١٠	١٠ فأكثر	١٩	٤٧ر٥ ٪	١٠٠ ٪	١٨	٤٥ ٪	١٠٠ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪		٤٠	١٠٠ ٪		

يبين الجدول رقم (١٥) ان حجم اسر المتعاطين يتسم بالكبر حيث نجد ان الاسر التي يتراوح عدد افرادها اكثر من ٨ افراد نسبتها ٧٢ر٥ ٪ من مجموع العينه وفي المقابل نجد ان عينة غير المتعاطين ٦٢ر٥ ٪ وعلى ضوء يمكننا الخروج بنتيجة مؤداها ان غالبية اسرا المتعاطين في مجتمع البحث من الاسر كبيره الحجم وهذا ربما يشكل عبء على رب الاسره في الصرف على هذه الاسره وذلك من الناحية الاقتصاديه حيث تؤكد نتيجة الجدول (١٧) بأن نسبة الدخل للاسره لا يتناسب مع المصروف . والذى ربما يجعل الابناء يتجهون الى العمل وهم في سن صغيره ليزيدوا من دخل الاسره وهذا ما أكده جدول رقم (٦) بأن نسبة ٥٠٪ اتجهوا الى العمل . ومما سبق نخرج بأن حجم الاسره الكبيره بجانب الدخل البسيط ربما يساهم في تعزيز انحراف بعض افرادها او تركهم للتعليم واتجاههم الى العمل في سن مبكر .

جدول رقم (١٦)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لحالة العمل فى الأسرة :

م	الســــؤال	الاجابـة	عينة المتعاطين: التكرار	عينة المتعاطين: التكرار النسبى	غير المتعاطين: التكرار	غير المتعاطين: التكرار النسبى	ملحوظات
١	هل يوجد بالأسرة أفراد قادرون على العمـــل ولكنهم لايعملون ؟	نعم	١٦	٤٠ ٪	١٣	٣٢ر٥ ٪	
		لا	٢٤	٦٠ ٪	٢٧	٦٧ر٥ ٪	
		المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	
٢	كم عــددهم ؟	١	٦	٣٧ر٥ ٪	٥	٣٨ر٤٦ ٪	
		٢	٣	١٨ر٧٥ ٪	٥	٣٨ر٤٦ ٪	
		٣	٣	١٨ر٧٥ ٪	٢	١٥ر٣٨ ٪	
		٤	١	٦ر٢٥ ٪	١	٧ر٧٠ ٪	
		٥ فأكثر	٣	١٨ر٧٥ ٪	—	—	
		المجموع	١٦	١٠٠ ٪	١٣	١٠٠ ٪	

يتضح من الجدول أعلاه رقم (١٦) أن نسبة ٤٠٪ من أسر المتعاطين للمخدرات بهـا أفـراد قادرون على العمل ولكنهم لايعملون ويتضح أن هذه المجموعة من الأسر والتى بها اثنين فأكثر تبلغ نسبتها ٦٢ر٥٪ فيما بلغت نسبة الأسر التى يعمل جميع الأفراد القادرين على العمل بها ٦٠ ٪ من مجموع عينة المتعاطين وهذه النتيجة لها دلالة اجتماعية وخصوصا فى بلد يتوفر فيه مجال العمل لكل فرد قادر وقد بلغ المتوسط الحسابى لعدد الأفراد العاطلين عن العمل فى الأسرة الواحدة من فئة متعاطى المخدرات حوالى ٣ أشخاص لكل أسرة من مجموع ١٦ أسرة من الحالات المبحوثة . لذلك يمكن القول بأن نسبة البطالة مرتفعة بين أسر الأفراد الذين يمارسون تعاطى المخدرات .

جدول رقم (١٧)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لمتوسط دخل الأسرة الشهري بالريال السعودي :

م	الدخل الشهري بالريال السعودي	المتعاطين: التكرار	المتعاطين: التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين: التكرار	عينة غير المتعاطين: التكرار النسبي	ملحوظات
١	أقل من ١٥٠٠	١٠	٢٥ ٪	٧	١٧ر٥ ٪	
٢	١٥٠٠ - ٣٠٠٠	١٠	٢٥ ٪	١٠	٢٥ ٪	
٤	٣٠٠٠ - ٤٥٠٠	١٣	٣٢ر٥ ٪	٨	٢٠ ٪	
٥	٤٥٠٠ - ٦٠٠٠	٤	١٠ ٪	٥	١٢ر٥ ٪	
٦	أكثر من ٧٥٠٠	٣	٧ر٥ ٪	١٠	٢٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يبين الجدول رقم (١٧) ان اغلب اسر متعاطي المخدرات يقع الدخل بالنسبه لها من اقل ١٥٠٠ــــ٣٠٠٠ ريال بنسبه قدرها ٥٠٪ بينما نجد معدل الدخل لها اكثر من ٧٥٠٠ريال هو ٧ر٥٪ ونجد في المقابل ان دخل اسر غير متعاطي المخدرات لاكثر من ٧٥٠٠ ريال يساوى ٢٥٪ وهناك من ربط بين الفقر والاقتصادى والانحراف والحقيقه ان للفقر اثره اذا تضافر مع عوامل اخرى ولا يستطيع انكاره كما ان لليسر الاقتصادى اثره اذا ساءت التربيه واستغل اليسر استغلالا سيئا وتدل البحوث ان الاغنياء كذلك يجنحون الى عدم السواء .

جدول رقم (١٨)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لمعدل المصروف الشهري بالريال السعودي :

م	معدل المصروف الشهري للأسرة	عينة المتعاطين: التكرار	عينة المتعاطين: التكرار النسبي	عينة غير المتعاطين: التكرار	عينة غير المتعاطين: التكرار النسبي	ملحوظات
١	١٥٠٠ – ٣٠٠٠	٢	٥ر١٢ ٪	٥	٥ر١٢ ٪	
٢	٣٠٠٠ – ٤٥٠٠	١٤	٣٥ ٪	١١	٥ر٢٧ ٪	
٤	٤٥٠٠ – ٦٠٠٠	١٣	٥ر٣٢ ٪	١٢	٣٠ ٪	
٥	٦٠٠٠ – ٧٥٠٠	٥	٥ر١٢ ٪	٨	٢٠ ٪	
٦	٧٥٠٠ فأكثر	١	٥ر٢ ٪	٤	١٠ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يبين الجدول اعلاه رقم (١٨) المتوسط الحسابي لمعدل الصرف الشهري لاسرة فئة المتعاطين = ٤٠٠٠ ريال وتشير النتائج السابقه الى أن نسبة أسر المتعاطين التي لا يزيد فيها المصروف الشهري عن ٤٥٠٠ ريال ٥ر٥٢ ٪ من مجموع الحالات لعينة المتعاطين فيها تبلغ نسبة الاســر التي تتراوح المصروف الشهري لها مابين ٤٥٠٠ ـــ ٦٠٠٠ أى ٥ر٣٢ ٪ من المجموع أما الأســر التي يزيد فيها المصروف الشهري عن ٦٠٠٠ ريال فتبلغ نسبتها ١٥ ٪ من المجموع ويبلغ المتوسط الحسابي لمصروف أسر متعاطي المخدرات حوالي ٤٠٠٠ ريال وهذه المؤشرات تدل على أن الافراد الذين يمارسون تعاطي المخدرات ينتمون الى أسر فقيره ذات انفاق شهري كبير وخصوصا في المملكة التي تمتاز بارتفاع تكاليف الحياة فيها وغلاء الاسعار اذا ماقورنت بالبلدان العربيه الأخرى أو البلدان المتقدمه .

كما وبالمقارنه بين جدول ١٧، ١٨ نجد ان معدل الدخل الشهري في المتوسط لعينة متعاطي المخدرات هو ٣٠٠٠ ريال فيما نجد المصروف يساوي ٤٠٠٠ ريال اى بمعنى انه تضطر أســر متعاطي المخدرات الى الاقتراض او ترشـيد الانفاق بمعدل ١٠٠٠ ريال شهريا لسد العجز بالنسبه للمدخول وربما يرجع ذلك الى سوء الحالة الاقتصادية بالنسبة للأسره .

جدول رقم (١٩)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لاجابة السؤال التالى :
هل ترى بأن الناس الذين يتعاطون المخدرات زادت أعدادهم ؟

م	الاجابـــة	عينة المتعاطين: التكرار	عينة المتعاطين: التكرار النسبى	غير المتعاطين: التكرار	غير المتعاطين: التكرار النسبى	ملحوظات
١	نعم	٣١	٧٧ر٥ ٪	٣٥	٨٧ر٥ ٪	
٢	لا	٣	٧ر٥ ٪	٢	٥ ٪	
٣	لا أعلم	٦	١٥ ٪	٣	٧ر٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يشير الجدول السابق رقم (١٩) الى أن ٣١ مبحوثا من متعاطى المخدرات بنسبة حوالى ٧٧ر٥ ٪ يؤكدون أن أعداد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات فى تزايد بينما ذكر ٣ أشخاص أن نسبة ٧ر٥ ٪ انهم لايرون أن اعداد الناس الذين يتعاطون المخدرات تزداد فى حين امتنع ٦ أفراد بنسبة ١٥ ٪ من المجموع عن تحديد رأى فى هذا الموضوع وباسقاط هذه النسبة من عملية التقييم فى بحث من هذا النوع يتأكد لنا أن اعداد الأشخاص الذين يمارسون تعاطى المخدرات فى تزايد مستمر . كما ويؤكد لنا هذا الاتجاه اجابة عينة غير المتعاطين والتى بلغت نسبتها ٨٧ر٥ ٪ بأنها ترى بأن الناس الذين يتعاطون المخدرات زادت أعدادهم .

جدول رقم (٣٠)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لاجابة السؤال التالى :

هل تعتقد بأن الحى الذى تمكنه يخلو من استعمال المخدرات ؟

م	الاجابة	عينة المتعاطين التكرار	عينة المتعاطين التكرار النسبى	غير المتعاطين التكرار	غير المتعاطين التكرار النسبى	ملحوظات
١	نعم	٨	٢٠ ٪	٠٧	مر١٧ ٪	
٢	لا	١٣	مر٣٢ ٪	١١	مر٢٧ ٪	
٣	لا أعلم	١٩	مر٤٧ ٪	٢٢	٥٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

وبالسؤال عن مدى انتشار هذه الظاهرة فى محل اقامة أفراد عينة الدراسة اتضحت النتائج فى الجدول رقم (٣٠) أن ٢٠ ٪ من مجموع حالات عينة المتعاطين الذين أفادوا بأن تعاطى المخدرات لايمارس فى مناطق سكنهم وان هذه المناطق خالية من المخدرات فى حين أكد ١٣ مبحوث بواقع مر٣٢ ٪ من مجموع حالات العينة عكس الرأى السابق وان هذه الظاهرة توجد وتمارس فى منطقة سكنهم وأمتنع ١٩ مبحوث بنسبة مر٤٧٪ من المجموع اعطاء رأى بهذا الخصوص وباهمال النسبة الأخيرة انسجاما مع طبيعة البحث الحالى يمكننا الخروج بنتيجة مؤداها ان ممارسة التعاطى وفى طليعتها الحشيش والحبوب المخدرة يتم فى اطار المناطق السكنية لمجموعة المتعاطين من أفراد عينة البحث . ويؤكد هذه النتيجة نتائج عينة غير المتعاطين والتى تبلغ نسبتها مر٢٧ ٪ بأن هذه الظاهرة موجودة فى أماكن سكناهم بينما مر١٧٪ منهم أكدوا بأنها لاتمارس فى محل سكناهم كما وأمتنع ٥٥ ٪ عن الاجابة .

جدول رقم (٢١)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لاجابة السؤال التالى:
ماهى الأعمار التى فى رأيكم التى يغلب عليها طابع تعاطى المخدرات

م	الاجابة	عينة المتعاطين العدد	عينة المتعاطين النسبة	غير المتعاطين العدد	غير المتعاطين النسبة
١	فئة عمر أقل من ١٨ سنة	٥	١٢ر٥ ٪	٧	١٧ر٥ ٪
٢	فئة عمر أكثر من ١٨ سنة وأقل من ٢١ سنة	٢٢	٥٥ ٪	٢٣	٥٧ر٥ ٪
٣	فئة عمر أكثر من ٢١ سنة وأقل من ٣٠ سنة	١٠	٢٥ ٪	١٠	٢٥ ٪
٤	فئة عمر أكثر من ٣٠ سنة	٣	٧ر٥ ٪	—	— ٪
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪

يشير الجدول رقم (٢١) أن ٥٥٪ من عينة متعاطي المخدرات يرون أن فئات العمر التي يغلب عليها طابع تعاطي المخدرات هم فئة عمر ١٨-٢١ سنه كما ويؤكدون ذلك عينة غير المتعاطين والتي بلغت نسبتهم ٥٧ر٥ ٪ من المجموع بينما أفاد ١٢ر٥ ٪ من عينة المتعاطين بأن فئات العمر التي يغلب عليها تعاطي المخدرات هم فئة عمر أقل من ١٨ سنة كما وأفادت أيضا عينة غير المتعاطين لهذه الفئة بنسبة ١٧ر٥ ٪ .

ونجد مايؤكد ذلك ماذكره عيد (١٩٨٦) في دراسة سيقل على عينة تمثل شباب المتعاطين من كلفورنيا حيث انتهت الدراسة ان تزايد الاقبال على تعاطى الكوكائين والذى يقع درجة نقاتة ٧٣٪ هم شباب تتراوح اعمارهم بين ١٢ - ١٧ سنة وتبين ايضا ان شباب كلفورنيا يستعملون مزيجا من الكودائين والجلو تيميد ومزيجا اخر من النتازوسين .

وايضا اكد رشيد (١٩٨٤) في دراسة كرامر (١٩٧٢) على ٤٧ مدمن على الهروين كانت اعمارهم ١٩ منهم ٢١ سنة . وتراوحت اعمار ٢٨ شخصا من العتيه بين ١٦ - ٢٠ سنة وكان متوسط الادمان سنتين وتطرق رشيد (١٩٨٤) لدراسة فايدمان حيث بينت الدراسة ان ١٠٪ من الطلبة الذين تتراوح اعمارهم بين ١٦ - ٢٠ سنة استخدموا العقاقير المخدرة

جدول رقم (٢٢)

يبين توزيع أفراد العينتين بالنسبة لاجابة السؤال التالى :
هل يوجد لديك أصدقاء يتعاطون المخدرات ؟

م	الاجابة	عينة المتعاطين		غير المتعاطين		ملحوظات
		التكرار	التكرار النسبى	التكرار	التكرار النسبى	
١	نعم	٣٠	٧٥ ٪	٤	١٠ ٪	
٢	لا	٤	١٠ ٪	٣٦	٩٠ ٪	
٣	بدون اجابة	٦	١٥ ٪	—	— ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	٤٠	١٠٠ ٪	

يشير الجدول رقم (٢٧) أن ٧٥ ٪ من عينة متعاطى المخدرات أفادوا أن لهم أصدقاء يمارسون تعاطى المخدرات بينما نفى ذلك ١٠ ٪ وأمتنع عن الاجابة ٦ بنسبة ١٥ ٪ ونلاحظ أيضا فى الجدول أن ١٠ ٪ من عينة غير المتعاطين لهم أصدقاء يتعاطون المخدرات بينما أفاد ٩٠ ٪ منهم بأنه لايوجد وربما يؤكد ذلك بأن للاصدقاء دور هما فى انحراف هذه الفئة نحو تعاطى المخدرات .

جدول رقم (٢٣)

يبين توزيع حالة عينة متعاطى المخدرات لاجابة السؤال التالى :
ماهو شعورك وأنت تتعاطى المخدرات ؟

م	الاجابة	افادة ايجابية		افادة سالبة	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
١	(-) أشعر بالخوف من المستقبل	١٧	٣٤ر٦٩ ٪	٢٣	٣٢ر٥ ٪
٢	(-) أشعر بارتياح نفسى	٢٦	٥٣ر٠٦ ٪	١٤	١٩ر٧ ٪
٣	(-) أشعر بأننى قمت بعمل بطولى	٦	١٢ر٢٥ ٪	٣٤	٤٧ر٨ ٪
	مجموع الاجابات	٤٩	١٠٠ ٪	٧١	١٠٠ ٪
	حجم العينة	٤٠			

تشير نتائج الجدول رقم (٢٣) ان غالبة متعاطى المخدرات يشعرون بالارتياح النفسى عند تعاطى المخدر وقد أكد هذا الرأى حوالى ٥٣ ٪ من مجموع المتعاطين وأجاب ٣٤ر٦٩ ٪ أنهم بالخوف من المستقبل بينما أكد غالبيتهم أيضا بنسبة ٤٧ر٨ ٪ بأن تعاطيهم لمادة المخدر لايعد عمل بطولى . .

جدول رقم (٢٤)

توزيع أفراد العينتين للاجابة على السؤال التالى :
ماهى الأسباب التى تجعل من الشخص متعاطيا للمخدرات ؟

م	الاجابة	عينة المتعاطين العدد	عينة المتعاطين النسبة	غير المتعاطين العدد	غير المتعاطين النسبة	ملحوظات
١	صعوبة ظروف العمل	١٩	٩ر٣١ ٪	١٦	٧ر٩٥ ٪	
٢	هروب من الواقع	٢٦	١٢ر٧٥ ٪	٣٤	١٦ر٩٠ ٪	
٣	الملل من الدراسة	١٩	٩ر٣١ ٪	١٤	٦ر٩٦ ٪	
٤	وجود وقت الفراغ	٣٤	١٦ر٦٦ ٪	٣٠	١٤ر٩١ ٪	
٥	المشاكل العائلية	٢٥	١٢ر٢٦ ٪	٢٥	١٢ر٤٣ ٪	
٦	بعد الأهل عن أبنهم	٢٥	١٢ر٢٦ ٪	٢٥	١٢ر٤٣ ٪	
٧	نوع من الفضول	١٨	٨ر٨٢ ٪	١٩	٩ر٤٤ ٪	
٨	مجاملة الأصدقاء	٢١	١٠ر٣٠ ٪	٢٥	١٢ر٤٣ ٪	
٩	رغبة داخلية	١٧	٨ر٣٣ ٪	١٣	٦ر٤٦ ٪	
	مجموع الاجابات	٢٠٤	١٠٠ ٪	٢٠١	١٠٠ ٪	
	حجم العينة	٤٠		٤٠		

تشير نتائج الجدول رقم (٢٤) أن غالبية متعاطى المخدرات يرجعون سبب تعاطى المخدرات الى وجود وقت الفراغ وقد أكد هذه الاجابة ١٦ر٦٦ ٪ من مجموع الاجابات وبواقع ٨٥ ٪ من مجموع أفراد عينة المتعاطين . بينما أكد ١٢ر٧٥ ٪ من مجموع الاجابات بأن تعاطى المخدرات يكون سببه هو الهروب من الواقع وذلك بنسبة ٦٥٪ من مجموعة أفراد هذه العينة ويأتى فى الترتيب الثالث على التوالى المشاكل العائلية وبعد الأهل عن أبنهم وذلك بنسبة ١٢ر٢٦ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٥ر٦٢٪ من مجموع أفراد عينة المتعاطين ويؤكد ذلك أيضا اجابات غير المتعاطين التى تؤكد بأن غالبية الأسباب التى تجعل من الشخص متعاطى للمخدرات هى الهروب من الواقع بنسبة ١٦ر٩٠٪ بواقع ٨٥٪ من مجموعة عينة غير المتعاطين وكذلك وجود وقت الفراغ بنسبة ١٤ر٩١٪ من مجموع الاجابات بواقع ٧٥ ٪ من مجموعة عينة غير المتعاطين .

جدول رقم (٢٥)

يبين توزيع الاجابة لعينة المتعاطين حسب اكتساب ظاهرة التعاطى للمخدرات :

م	من أين اكتسب هذه الظاهرة	العينة: التكرار	العينة: النسبة	ملحوظات
١	الأصدقاء	٣٦	٢١ر٢٤ ٪	
٢	المدرسة	٩	٥ر٣٢ ٪	
٣	وسائل الاعلام	٢٣	١٣ر٥٩ ٪	
٤	الأقارب	٨	٤ر٧٣ ٪	
٥	توفرها فى السوق	٣٢	١٨ر٨٩ ٪	
٦	حب الاستطلاع	٢٢	١٢ر٩٩ ٪	
٧	ظروف المجتمع	٢٧	١٥ر٩١ ٪	
٨	نوع العمل	١٢	٧ر٠٩ ٪	
	مجموع الاجابات	١٦٩	١٠٠ ٪	
	حجم العينة	٤٠		

يشير الجدول اعلاه رقم (٢٥) الى أن ٣٦ فردا بنسبة ٢١ر٢٤ ٪ من مجموع الاجابات وبواقع ٩٠ ٪ من مجموع أفراد العينة أفادوا بأنهم اكتسبوا هذه العادة من الأصدقاء بينما ذكر ٣٢ فردا بنسبة ١٨ر٨٩ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٨٠ ٪ من مجموع أفراد العينة أفادوا بأنهم اكتسبوا هذه العادة نتيجة توفرها فى السوق ، ونجد أيضا أن ٢٧ فردا بنسبة ١٥ر٩١ ٪ بواقع ٦٧ر٥٪ من أفراد العينة أفادوا بأن ظروف المجتمع المعيشية لها دور فى تعاطى المخدرات ، ونجد أيضا أن ٢٣ فردا بنسبة ١٣ر٥٩ ٪ بواقع ٥٧ر٥ ٪ من مجموع العينة أفادوا بأن وسائل الاعلام لها دور فى اكتساب تعاطى المخدرات ، ونجد أيضا أن ٢٢ فردا بنسبة ١٢ر٩٩ ٪ بواقع ٥٥ ٪ من مجموع العينة أفادوا بأن حب الاستطلاع كان سببا فى اكتساب التعاطى للمخدرات .

جدول رقم (٣٦)

يبين توزيع الاجابة لعينة المتعاطين للسؤال التالي :
متى بدأت استعمال المخدرات ؟

م	الاجابة	العينة - التكرار	العينة - النسبة	ملحوظات
١	قبل سنة واحدة	٥	٥ر١٢ ٪	
٢	قبل سنتين	١٣	٥ر٣٢ ٪	
٣	أكثر من ثلاثة سنوات	٢٢	٥٥ ٪	
	المجموع	٤٠	١٠٠ ٪	

يتبين من النتائج اعلاه في الجدول رقم (٣٦) أن نسبة عالية من متعاطي المخدرات بدأت التعاطي منذ ثلاثة سنوات فأكثر أي أن لها صفة الادمان وقد بلغ معدل هذه الفئة حوالي ٥٥ ٪ من مجموع العينة المدروسة ، ويأتي في الترتيب الثاني ممن بدأوا في التعاطي منذ سنتين وقد بلغت نسبتها حوالي ٥ر٣٢ ٪ من مجموع العينة المدروسة ، ثم تأتي الفئة الثالثة والتي بدأت في تعاطي المخدر في مدة لاتزيد عن سنة وبلغت نسبتهم ٥ر١٢ ٪ . ويلاحظ بشكل عام أن تعاطي المخدرات من الظواهر الحديثة في مجتمع المملكة لأن نسبة الذين مارسوا هذه العادة في مدة لاتزيد على عامين بلغت حوالي ٤٥٪ من مجموع أفراد عينة الدراسة وبالرجوع الى الاستمارات الخاصة بأفراد العينة وجد أن غالبية من تعاطوا المخدر لأكثر من ثلاثة سنوات ينحصر في سن ٢٠ - ٢١ عام وهذا يعطينا مؤشر بأن بداية التعاطي كانت تنحصر في أواخر سن المراهقة . ويلاحظ أيضا أن الذين ألقى القبض عليهم بأن أغلبهم من المتعاطين لأكثر من سنتين اذ تبلغ نسبتهم ٥ر٨٧ ٪ .

جدول رقم (٢٧)

يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبة لاجابتهم على السؤال التالى:
ماهى أكثر أنواع المخدرات استعمالا ؟

م	الاجابة	العينة التكرار	العينة النسبة	ملحوظات
١	الحشيش	٢٧	٣٧ر٩ ٪	
٢	القات	٤	٥ر٧ ٪	
٣	الحبوب بأنواعها	٣١	٤٣ر٠ ٪	
٤	الأفيون ومشتقاته	٨	١١ر٤ ٪	
٥	الكوكائين	١	١ر٠ ٪	
	مجموع الاجابات	٧١	١٠٠ ٪	
	مجموع العينة	٤٠		

يوضح الجدول رقم (٢٧) أن اكثر أنواع المخدرات استعمالا وشيوعا هى مادة الحبوب المخدرة بأنواعها ، حيث أشار الى هذا الرأى حوالى ٤٣ر٠ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٧٧ر٠ ٪ من متعاطى المخدرات ، ويأتى فى المرتبة الثانية من الشيوع مادة الحشيش حيث أشار لذلك ٢٧ فردا بنسبة ٣٧ر٩ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٦٧ر٠ ٪ من مجموع عينة المتعاطين ويأتى فى المرتبة الثالثة الأفيون ومشتقاته . وذلك بنسبة ١١ر٤ ٪ بواقع ٢٠٪ من مجموع اجابات أفراد العينة . بينما نجد أن القات والكوكائين قليلى الاستعمال فى المنطقة الغربية لدى عينة المتعاطين .

جدول رقم (٢٨)

يبين توزيع الاجابة لعينة المتعاطين للسؤال التالي:
ماهى المواد البديلة فى حالة نفاذ المخدر المعتاد عليه ؟

م	نوع المادة البديلة	العينة		ملحوظات
		التكرار	النسبة	
١	أدوية السعال	٣	٣ر٥٤ %	
٢	حبوب مهدئة	٧	٨ر٢٦ %	
٣	الخمرة	١٤	١٦ر٢ %	
٤	العرق	١٦	١٨ر٨٨ %	
٥	الكلونيا	١٢	١٤ر١٦ %	
٦	البنزين والغراء	٢	٢ر٣٦ %	
٧	حبوب مخدرة	١٠	١١ر٨ %	
٨	الكوكائين	٢	٢ر٣٦ %	
٩	الأفيون ومشتقاته	٣	٣ر٥٤ %	
١٠	الحشيش	١١	١٢ر٩٨ %	
١١	القات	—	—	
١٢	لايوجد بديل	٥	٥ر٩ %	
	مجموع الاجابات	٨٥	١٠٠ %	
	مجموع العينة	٤٠		

يبين الجدول أعلاه رقم (٢٨) النتائج التالية : ذكر ١٦ فردا بنسبة ١٨ر٨٨ ان مجموع الاجابات وبنسبة ٤٠ % من متعاطى المخدرات أنه يمكن اعتبار مادة العرق مادة بديلة لأكثر المواد استعمالا وهى الحبوب والحشيش والأفيون باعتبارها المواد الرئيسية فى أنواع المخدرات المستعملة لدى العينة .

ثم تأتى الخمرة حيث أفاد ١٤ فردا بنسبة ١٦ر٢ % بواقع ٣٥% من مجموع العينة ثم تأتى فى المرتبة الثالثة الكلونيا حيث أفاد ١٢ فردا بواقع ٣٠ % من مجموع العينة . ويشير الجدول الى كثرة البدائل المتاحة للمدمن فى حال غياب نوع المخدر المفضل .

جدول رقم (٢٩)

يبين توزيع أفراد العينة حسب محاولة الامتناع عن التعاطي ومدى الفشل في ذلك:

السؤال	الاجابة	العينة: التكرار	العينة: النسبة
هل حاولت الامتناع عن التعاطي وفشلت ؟	(-) نعم حاولت	٢٧	٦٧ر٥ ٪
	(-) لا لم أحاول	١٣	٣٢ر٥ ٪
المجموع		٤٠	١٠٠ ٪
أسباب الفشل	(١) أثر مادة التخدير	٥	١٢ر٥ ٪
	(٢) المشاكل العائلية	٢	٥ ٪
	(٣) طبيعة العمل	١	٢ر٥ ٪
	(٤) دور الأصدقاء	٤	١٠ ٪
	(٥) ظروف نفسية	٧	١٧ر٥ ٪
	(٦) الفشل الدراسي	١	٢ر٥ ٪
	(٧) وجود وقت الفراغ	٥	١٢ر٥ ٪
	(٨) توفرها في السوق	٢	٥ ٪
المجموع		٢٧	٦٧ر٥ ٪
أسباب عدم المحاولة	(١) ليس للمادة تأثير ادماني	١	٢ر٥ ٪
	(٢) عدم وجود الوقت المناسب	٣	٧ر٥ ٪
	(٣) وجود راحة نفسية عند الاستعمال	٣	٧ر٥ ٪
	(٤) نتيجة ادمان المادة	١	٢ر٥ ٪
	(٥) عدم وجود النظرة المستقبلية	٣	٧ر٥ ٪
	(٦) تساعد على نسيان الواقع	١	٢ر٥ ٪
	(٧) توفرها في السوق	١	٢ر٥ ٪
المجموع		١٣	٣٢ر٥ ٪

يوضح الجدول رقم (٢٩) بأن هناك ٢٧ فردا بنسبة ٦٧ر٥ ٪ قد حاولوا الامتناع عن التعاطي ولكنهم فشلوا فكانت أسباب فشلهم تتفرع من الأسباب التالية وذلك حسب أولويتها :-

أولا : هناك سبعة أفراد بنسبة ١٧ر٥ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ٢٦٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم عن الامتناع عن التعاطي هو في المقام الأول ظروفهم النفسية .

ثانيا : هناك خمسة أفراد بنسبة ١٢ر٥ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ١٨ر٥ ٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم عن الامتناع عن التعاطى ينحصر فى أثر مادة التخدير .

ثالثا : هناك خمسة أفراد بنسبة ١٢ر٥ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ١٨ر٥ ٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم عن الامتناع عن التعاطى هو الفراغ .

رابعا : هناك أربعة أفراد بنسبة ١٠ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ١٤ر٨ ٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم عن الامتناع عن التعاطى يرجع الى دور الأصدقاء والزمرة الفاسدة .

خامسا : هناك فردين بنسبة ٥ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ٧ر٤ ٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم عن الامتناع عن التعاطى يرجع الى المشاكل العائلية .

سادسا : هناك فردين بنسبة ٥ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ٧ر٤ ٪ من مجموعة الفشل أفادوا بأن الأسباب وراء فشلهم فى الامتناع عن التعاطى يرجع أساسا الى توفرها فى السوق .

سابعا : هناك فرد واحد بنسبة ٥ر٢ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ٧ر٣ ٪ من مجموعة الفشل أفاد بأن الفشل عن الامتناع عن التعاطى يرجع أساسا الى الفشل الدراسى

ثامنا : هناك أيضا فرد واحد بنسبة ٥ر٢ ٪ من مجموع عينة المتعاطين بواقع ٧ر٣ ٪ من مجموعة الفشل أفاد بأن السبب فى الفشل عن الامتناع عن التعاطى يرجع فى ذلك الى طبيعة العمل .

كما نلاحظ ضمن نتائج جدول رقم (٢٧) بأن هناك ١٣ فردا بنسبة ٣٢ر٥ ٪ لم يحاولوا الامتناع عن التعاطى وذلك للاسباب التالية حسب أولويتها :-

أولا : هناك ثلاثة أفراد بنسبة ٧ر٥ ٪ وبواقع ٢٣ر٠٧ ٪ من مجموعة الذين لم يحاولوا أفادوا بأن الاسباب وراء عدم محاولتهم ترجع فى المقام الأول بوجود راحة نفسية عند الاستعمال .

ثالثا : هناك ثلاثة أفراد بنسبة ٧ر٥ % وبواقع ٢٣ر١ % من مجموعة الذين لم يحاولوا أفادوا بأن الأسباب وراء عدم محاولتهم هو عدم وجود النظرة المستقبلية .

رابعا : هناك فرد واحد بنسبة ٢ر٥ % بواقع ٧ر٥ % من مجموعة الذين لم يحاولوا أفادوا بأن ليس للمادة تأثير ادماني .

خامسا : هناك فرد واحد بنسبة ٢ر٥ % بواقع ٧ر٥ % من مجموعة الذين لم يحاولوا أفاد بأن السبب هو ادمان مادة المخدر .

سادسا : هناك فرد واحد بنسبة ٢ر٥ % بواقع ٧ر٥ % من مجموعة الذين لم يحاولوا أفاد بأن السبب يرجع الى توفرها فى السوق .

سابعا : هناك فرد واحد بنسبة ٢ر٥ % بواقع ٧ر٥ % من مجموعة الذين لم يحاولوا أفاد بأن السبب يرجع الى كون العادة على حد قوله تساعد على نسيان الواقع .

ومن النتائج السابقة يمكننا الخروج بنتيجة عامة مؤداها ان هناك اتجاها قويا بين المتعاطين نحو الامتناع عن تعاطي المخدرات حيث اكد ذلك ٦٧ر٥ % من مجموعهم ولكن هناك بعض الاسباب كانت وراء فشلهم في الامتناع حيث يرى ١٧ر٥ % من هؤلاء ان الظروف النفسيه وراء ذلك الفشل وقد تبين للباحث ان اغلب هؤلاء من متعاطي المهدئات والمنوبات ونجد ايضا هناك من يرى ان اثر مادة التخدير له سبب في فشلهم عن الامتناع حيث تبين للباحث ان اغلب هؤلاء من متعاطي الافيون ويأتي في الدرجة الثالثه وجود وقت الفراغ حيث افاد بذلك ١٢ر٥ % ومما سبق يتضح ان اغلب المتعاطين يؤكدوا رغبتهم في الامتناع وذلك للعودة الى حياتهم الطبيعية ولديهم الاحساس بقوة الاراده ولكن لا يوجد لديهم الاحساس بالانتصار على النفس بتركهم لتعاطي المخدر .

جدول رقم (٣٠)

يبين توزيع أفراد عينة المتعاطين بالنسبة للاجابة على السؤال التالى :

هل تجد فى نفسك الكفاءة فى الابتعاد عن المخدر ؟

م	الاجابـــــة	العينـــة		ملحوظـــــات
		التكرار	النسبة	
١	نعم	٣٤	٨٥ ٪	
٢	لا	٦	١٥ ٪	
	مجموع الاجابات	٤٠	١٠٠ ٪	

يوضح الجدول رقم (٣٠) بأن هناك ٣٤ فردا بنسبة ٨٥ ٪ من مجموع أفـراد العـينة بأنه يتعاطى المخدرات ويجد لديه القدرة فى الابتعاد عن التعاطى بينما أجاب ٦ أفراد بنسبة ١٥ ٪ بأنه يتعاطى ولايجد فى نفسه القدرة والكفاءة فى الابتعاد عن التعاطى . وقد لاحظ الباحث بعد الرجوع الى البيانات الخاصه بالافراد الذين لا يجدوا كفاءة في الابتعاد عن المخدر بأن اعمارهم مابين ٢٠ - ٢١ سـنة وكان متوسط مدة الادمان سنتين كما ولاحظ الباحث ان معظمهم مدمن الهيروين وقد بدأو بأستنشاق الصمغ في سن ١٥ سنة ثم استخدموا ادوية السعال التي تحتوى على الكودائين في فترة لاحقه ثم انتقلوا الى تعاطي الامفتيامينات ثم الباربيتورات ثم الحشيش ثم بهذا الترتيب الى الهيروين وهذا قبل دخولهم السجن .

جدول رقم (٣١)

يبين توزيع أفراد العينة وفقا للرأى فى علاج التعاطى لمادة المخدرات:

م	لو كنت فى موقع المسئول عن مكافحة المخدرات ، فماذا تفعل ؟	العينة	
		التكرار	النسبة
١	توزيع كتيبات ونشرات للاسرة والمدرسة فى مراقبة الأبناء والاستعانة بالاخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين .	٣١	٥٧ر٧٧ ٪
٢	تحذير جميع شباب المجتمع من العلاجات الطبية فى تركيبها المخدر .	١	٨٥ر١ ٪
٣	اجراء بحوث على حالة أسر المدمنين ومحاولة ابعادهم عن المشاكل الأسرية والنفسية .	٦	١١ر١٦ ٪
٤	المراقبة الشديدة والتعاون مع أجهزة الدولة الأمنية لمنع دخول المخدرات الى المملكة وقتل المروجين والمهربين وانزال أشد العقوبة على المتعاطين .	٣	٥ر٥ ٪
٥	تعزيز الحس الدينى والتوجيه الى دور العبادة عن طريق خطب المساجد .	٧	١٣ر٠٢ ٪
٦	الاستعانة بوسائل الاعلام المسموعة والمرئية فى معالجة المشكلة عن طريق النصح والارشاد والتوجيه وابراز مضار الادمان والتعاطى على الفرد والأسرة والمجتمع .	٣	٥ر٥ ٪
٧	ايجاد أندية رياضية خاصة بالمتعاطين لقضاء أوقات الفراغ الى حين شفائهم وكذلك تهيئة فرص العمل المناسبة لهم .	٣	٥ر٥ ٪
	مجموع الاجابات	٥٤	١٠٠ ٪
	حجم العينة	٤٠	

يتبين من الجدول رقم (٣١) أن نسبة ٥٧ر٥ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٧٧ر٥ ٪ من اجمالى أفراد العينة ترى أن علاج مشكلة تعاطى المخدرات تكمن فى توزيع كتيبات ونشرات للاسرة والمدرسة فى مراقبة الأبناء والاستعانة بالاخصائيين والمرشدين النفسيين والاجتماعيين .

وان نسبة ١٣ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ٧ر١٧ ٪ من جملة أفراد العينة تعتقد أن لحل هذه المشكلة ، هو تعزيز الحس الدينى والتوجيه الى دور العبادة . وان نسبة ١٦ر١١ ٪ من مجموع الاجابات بواقع ١٥ ٪ من مجموع أفراد العينة يرون لحل هذه المشكلة اجراء بحوث على حالة أسر المدمنين ومحاولة ابعادهم عن المشاكل الأسرية . بينما نجد أن نسبة ٥ر٩ ٪ بواقع ٧ر٢ ٪ يرون وضع مراقبة شديدة من قبل أجهزة الدولة الأمنية لمنع دخول المخدرات الى المملكة وقتل المروجين والمهربين وانزال أشد العقوبة على المستعملين وتأخذ فى جانب آخر نفس هذه النسبة والتى يرى أصحابها الاستعانة بوسائل الاعلام المختلفة فى معالجة المشكلة عن طريق النصح والارشاد والتوجيه وابراز مفاسد الادمان والتعاطى على الفرد والأسرة والمجتمع والعقيدة . وكذلك ترى مجموعة أخرى تأخذ نفس النسبة ٥ر٩ ٪ بواقع ٧ر٢ ٪ بأن الحل يقع فى ايجاد أندية رياضية خاصة بالمتعاطين لقضاء أوقات الفراغ الى حين شفائهم وكذلك تهيئة فرص العمل المناسبة لهم .

وهناك نسبة ٧٢ر١ ٪ بواقع ٢ر٢ ٪ يرى تحذر الشباب من العلاجات الطبية التى يدخل فى تركيبها المخدر ويمكننا على ضوء ذلك أن نرتب آراء المتعاطين للمخدرات وذلك لعلاج التعاطى حسب الأولويات التالية :-

(١) توزيع كتيبات ونشرات للاسرة والمدرسة فى مراقبة الأبناء والاستعانة بالخبراء والمرشدين النفسيين .

(٢) تعزيز الحس الدينى وتنميته بقوة بين هؤلاء الشباب على صعيد الأسرة والحى والمدرسة وتوجيههم الى دور العبادة بهدف تنمية القيم الاسلامية فى نفوسهم خصوصا وأنهم يعيشون فى بلد اسلامى يحرم تعاطى هذه المخدرات .

(٣) اجراء بحوث على حالة أسر المدمنين ومحاولة ابعادهم عن المشاكل الأسرية والنفسية

(٤) المراقبة الشديدة من قبل أجهزة الدولة .

(٥) النصح والارشاد عن طريق وسائل الاعلام المختلفة .

(٦) ايجاد الأندية الرياضية ووسائل الترفيه خاصة بالمتعاطين الى حين شفائهم .

(٧) تحذير الشباب من استخدام العلاجات الطبية والاسراف فيها وبالذات التى يدخل فى تركيبها مادة المخدر .

ثانياً: نتائج البحث:

يتناول البحث دراسة السمات الشخصية لمتعاطى المخدرات من الشباب ، وتمثل النتائج التى حصل عليها الباحث من تطبيق مقياس مكة للشخصية حسبما هو موضح فى الملحق (أ) حيث تمثل استجابة مفحوص العينه فى كلا المجموعتين من متعاطين للمخدرات وغير متعاطين .

وقد قام الباحث بعد الانتهاء من تطبيق المقياس بتصحيحه ورصد جميع درجات الابعاد التى يقيسها المقياس ثم قام بحساب المتوسطات الحسابيه والانحرافات المعياريه واستخراج قيمة (ت) لكل بعد من الابعاد التى تخص افراد المجموعتين لفحص دلالة الفروق .

ويعرض الباحث نتائج البحث على النحو التالى :

اولا : المتوسطات والانحرافات المعيارية لابعاد مقياس مكة للشخصيه لكلا من المقاييس التاليــة :

١- مقياس الانتماء الاسرى
٢- مقياس الاجتماعيه
٣- مقياس الاتساق الذاتى
٤- مقياس توهم المرض
٥- مقياس الاكتئاب
٦- مقياس الهستيريا
٧- مقياس البارانويا
٨- مقياس القهار
٩- مقياس الفصام
١٠- مقياس الهوس الخفيف
١١- مقياس الانحراف السيكوباتى
١٢- مقياس الانطواء الاجتماعى

ويبين جدول رقم (٣٢) المتوسطات الحسابيه والانحرافات المعياريــة لابعاد مقياس مكة للشخصيــة لعينــة متعاطى المخدرات وغير متعاطى المخدرات.

جدول رقم (٣٩) يبين الفروق في متغيرات الدراسه بين عينة المتعاطين وعينة غير المتعاطين وقيمة (ت) ومستوى دلالة (ت)

مسلسل	البعد	العينـــه	متوســـط	انحراف معياري	الدرجه الفائيه(ف)	مستوى دلالة (ف)	قيمة (ت)	درجة الحرية	دلالة ت	ايضاحات
١	الانتماء الاسري	متعاطين	٥٢ر١٦	٦٢ر٦	٥٨ر١	٥٥ر١	١١ر٢	٧٨	٠٣ر٠	دالـه
		غير متعاطين	٧٠ر١٣	٢٦ر٥						
٢	الاجتماعي	متعاطين	٦٠ر١٩	٥٠ر٦	٠٧ر١	٨٢ر٠	٠٧ر٠	٧٨	٩٤ر٠	غير داله
		غير متعاطين	٧٠ر١٩	٢٧ر٦						
٣	الاتساق الذاتي	متعاطين	٧٧ر١٩	٠١ر٧	٢٣ر١	٥٢ر٠	٨٢ر١	٧٨	٠٧ر٠	غير داله
		غير متعاطين	٠٥ر١٧	٣٢ر٦						
٤	توهم المرض	متعاطين	٠٥ر١٩	٤٨ر٧	٠٧ر١	٨٢ر٠	٢٨ر٣	٧٨	٠٠٢ر٠	داله
		غيرمتعاطين	٦٥ر١٣	٢٢ر٧						
٥	الاكتئاب	متعاطين	٣٧ر١٧	٦٢ر٣	٠١ر١	٩٨ر٠	٠٥ر١	٧٨	٢٩ر٠	غير داله
		غير متعاطين	٥٢ر١٦	٦٣ر٣						
٦	الهستريا	متعاطين	٨٥ر١٦	٥٤ر٣	٠٨ر١	٨١ر٠	٧٨ر٢	٧٨	٠٠٧ر٠	داله
		غير متعاطين	٠٧ر١٤	٣٧ر٣						
٧	البارانويا	متعاطين	٧ر١٧	٦٨ر٥	٢٣ر١	٥٢ر	٤ر٢	٧٨	٠١ر٠	دالـه
		غير متعاطين	٨ر١٤	١٣ر٥						
٨	[illegible]	متعاطين	٢٥ر١٩	٢٢ر٧	٢٤ر١	٤٩ر٠	٥٨ر١	٧٨	١١ر٠	غير داله
		غير متعاطين	٨٢ر١٦	٤٨ر٦						
٩	الفصام	متعاطين	٧٢ر١٩	٩٢ر٧	٢٥ر١	٤٨ر٠	٤٧ر١	٧٨	٠١ر٠	دالـه
		غير متعاطين	٥٧ر١٥	٠٧ر٦						
١٠	الهوس الخفيف	متعاطين	٢٢ر١٩	٨٥ر٤	٢٥ر١	٤٨ر٠	٣٨ر١	٧٨	٠٠٢ر٠	دالـه
		غير متعاطين	٧٧ر١٦	٣٤ر٤						
١١	الانحراف السيكوباتي	متعاطين	٤٥ر٢٠	٣٠ر٣	٢ر١	٥٦ر٠	٠ر٣	٧٨	٠٠٤ر٠	دالـه
		غير متعاطين	١٢ر١٨	٦٢ر٣						
١٢	الانطواء الاجتماعي	متعاطين	٥٧ر١٩	٦٢ر٤	١١ر١	٧٣ر٠	٠٥ر٠	٧٨	٩٦ر٠	غير داله
		غير متعاطين	٥٢ر١٩	٣٧ر٤						

التحليـــل الاحصائي لابعاد مقياس مكة للشخصيـــــه :

فيما يلي يعـــرض الباحث النتائج التي حصل عليها طبقا للفروض الموضوعـــــة بعــــد تطبيق مقياس مكة للشخصيـــــة وكانت على النحو التالــــــي :-

اولا :-

يبين الجدول رقم (٣٣) حساب دلاله الفروق في بعـــد الانتمـــاء الاســـــــــــرى للمجموعتين التجريبية والضابطـــــــــــه .

جدول رقم (٣٣)

العينـــة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطـــين	٤٠	١٦ر٠٢	٦ر٦٢	١ر٠٨	١ر٠٥	٢ر١١	٧٨	٠ر٠٣ دالـه
غير متعاطين	٤٠	١٣ر٧٠	٥,٢٦					

ويظهر من خـــلال التحليل الاحصائي ان الفـــرض الاول والذى يقـــول " (متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الانتماء الاسرى عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيـــــه قـــد تحقـــق . اذ وجـــد فعلا ان متعاطي المخدرات اكثر ميلا الى عدم السواء في الانتمـــاء الاســــرى بفـــرق دال احصائيا عند ٣٠.٠ وهذا يعني ان متعاطي المخدرات اكثر عرضـــــه الى عدم الســـواء في الانتماء الاســرى ويظهر أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقيـــــاس ســــــوء توافـــــق في حياتهـــم المنزليـــــه والاســــريه وذلـــك يتفـــق مع دراســـــة مصطفى (١٩٨٢) في دراســــــــته عن سيكـــولوجيـــه التعاطـــــي والـــــذى خـــــــرج فيـــه بـــأن مـــن اســــباب التعاطـــــــــــي ســـــوء التوافـــق في مجتمعهـــم المعاشـــي في الاســــــره .

ويؤكـــــد ايضا الجـــدول رقـم (١١) في مقياس الخلفية الاجتماعيـــه بــأن متعاطـي المخـــدرات لديهـم خلافـــات فـــي الاســـره أدت الى هجـــر الوالـــده وأنفصـــال الوالـــد عن الوالده وطـــلاق الوالده وعمـــل الوالـــده بمفردهـــا وذلك بنسبـــة ٣٠ ٪ اضافـــة الى تعـــداد الزوجـــات والـــذى يؤكـــده جـــدول رقـم (١٢) بنسبـــة ٣٢ر٥ ٪ وهذا جمعيه مؤشـــر على عـــدم الاستقـــرار الاســـرى لـــدى المتعاطيـــن .

ثانيـــا : يبين الجـــدول رقـم (٣٤) حســـاب دلالـه الفـــروق في بعـــد الاجتماعيه للمجموعتين التجريبيه والضابطـــه .

جدول رقم (٣٤)

العينـــة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطـــين	٤٠	١٩ر٦	٦ر٥	١ر٠٧	٠ر٨٢	٠ر٠٧	٧٨	٠ر٩٤ غيردالـه
غير متعاطين	٤٠	١٩ر٧	٦ر٢٧					

ويظهر من خـــلال التحليـــل الاحصائـــي ان الفـــرض الثانـــي والـــذى يقـــول يقول ((متعاطي المخـدرات يميلون الى عدم الســـواء في الاجتماعيه عن غيـــر المتعاطين بفـــروق ذات دلالـــه احصائيـــه لم يتحـقق وأن الفـــروق بين المتوسطـــات لـــدى الفئتين في متغيـــر الاجتماعيـــه لم ترقـــى الى مستـــوى الدلالـــه الاحصائيـــه وهذا ربما يكـــون مـــرده كون الفئتين الضابطـــه والتجريبيـــه من نزلاء السجـن ولاصلاحيـــه الى انـه يلاحـــظ ارتفـــاع في المتوسطـــات والـــذى يؤكـــد اتجاه كلا من المجموعتين الى عدم الســـواء فـــي الاجتماعيـــه وهذا لا تتفق مع ماخرجت به دراسة كلا من رشيد (١٩٨٤) والمغربي (١٩٦٠) ودراسة مصطفى (١٩٨٢) والتي تؤكد بأن شخصية المتعاطى لا تتميز بالاجتماعيه .

ثالثا :- يبين الجدول رقم (٣٥) حساب دلاله الفروق في بعد الاتساق الذاتي للمجموعتين التجريبيه والضابطه .

جدول رقم (٣٥)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	٧٢ر١٩	٠١ر٧	٢٣ر١	٥٢ر٠	٨٢ر١	٧٨	٠٣ر٠ غيردالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	٠٥ر١٧	٣٢ر٦					

ويظهر من خلال التحليل الاحصائي ان الفرض الثالث والذى يقول ((متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الاتساق الذاتي عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيه لم يتحقق وان الفروق بين المتوسطات لدى العينيتين في متغير الاتساق الذاتي لم ترقى الى مستوى الدلاله احصائيه الى ان المشاهد في الجدول اعلاه بأن المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين مرتفع الا ان نتائج هذه الدراسه لم تأتي متفقه مع دراسة كلا من رشيد (١٩٨٤) وثابت (١٩٨٤) والمغربي (١٩٦٦) .

رابعا : يبين الجدول رقم (٣٦) حساب دلاله الفروق في بعد توهم المرض للمجموعتين التجريبيه والضابطه .

جدول رقم (٣٦)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٩ر٠٥	٧ر٤٨	١ر٠٧	٣ر٨٢	٣ر٢٨	٧٨	٠ر٠٠٢ دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٣ر٦٥	٧ر٢٢					

ويظهر من خلال التحليل الاحصائي ان الفرض الرابع والذى يقول ((متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في توهم المرض عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيه قد تحقق اذ وجد فعلا ان متعاطي المخدرات اكثر ميلا الى عدم السواء في توهم المرض بفرق دال احصائيا عند ٠.٠٠٢ وهذا يعني ان متعاطي المخدرات اكثر عرضه الى عدم السواء في توهم المرض حيث يظهر اصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بقلة النضج في معالجة المشكلات ويفتقرون الى الاستبصار في الامور ذات الصلة باجسامهم وهذه النتيجة تتفق مع دراسة عبد الرحيم (١٩٧٦) لخصائص الشخصية المميزه لمتعاطي القات الا ان الدراسة كانت على البيئة اليمنيه .

خامسا : يبين الجدول رقم (٣٧) حساب دلاله الفروق في بعد الاكتئاب للمجموعتين التجريبيه والضابطه .

جدول رقم (٣٧)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٧ر٣٧	٣ر٤٨	١ر٠١	٠ر٩٨	١ر٠٥	٧٨	٠ر٢٩ غير دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٦ر٠٢	٣ر٦٣					

ويظهر من خلال التحليل الاحصائي ان الغرض الخاس والذى يقول ((متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الاكتئاب عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيه لم يتحقق وان الفروق بين المتوسطات لدى الفئتين في متغير الاكتئاب لم ترقى الى مستوى الدلاله الاحصائيه وبالرغم من ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين وكانت نتائج هذه الدراسه غير متفقه مع نتائج دراسة كلا من مصطفى (١٩٨٢) ودراسة هكيمان وحرشون (١٩٦٦) ودراسة سولاد ويلاد (١٩٧٤) .

سادسا : يبين الجدول رقم (٣٨) حساب دلالة الفروق في بعد الهستريا للمجموعتين التجريبيه والضابطه .

جدول رقم (٣٨)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٦ر٨٥	٣ر٥٤	١ر٠٨	٠ر٨١	٢ر٧٨	٢٨	٠ر٠٠٧ دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٤ر٠٧	٣ر٣٧					

ويظهر من خلال التحليل الاحصائي ان الفرض السادس الذى يقول ((متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الهستريا عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيه قد تحقق ، اذا وجد فعلا ان متعاطي المخدرات اكثر ميلا الى عدم السواء الهستريا حيث يشكو اصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس من أعراض مرضيه معديه ومعويه وقلبيه اضافة الى شكواهم من الشلل حياتهم خاليه مما ثير الاهتمام يشكون من عدم القدره على التركيز اثناء القيام بعمل ما . وجاءت هذه النتائج متفقة مع دراسة الفاروقي ز واخرون (١٩٧٧) والتي اخذت الترتيب الثالث من انماط الشخصية المدمنه .

سابعا : - يبين الجدول رقم (٣٩) حساب دلاله الفروق في بعد البارانويا للمجموعتين التجريبيه والضابطه .

جدول رقم (٣٩)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٧ر٧٠	٥ر٦٨	١ر٢٣	٠ر٢٥	٢ر٤٠	٧٨	٠ر٠١ دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٤ر٨٠	٥ر١٣					

ويظهر من خلال التحليل الاحصائي ان الغرض السابع والذى يقول ((متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في البارانويا عن غير المتعاطين بفروق ذات دلاله احصائيه قد تحقق اذا وجد فعلا ان متعاطي المخدرات اكثر ميلا الى عدم السواء في البارانويا بفرق دال احصائيا عند ٠١ر٠. وهذا يعني ان متعاطي المخدرات اكثر عرضه الى عدم السواء في البارانويا ويشكوا اصحاب الدرجات المرتفعة على هذا المقياس من اوهام العظمه والاضطهاد ويشعرون بأنهم يفتقدون لمن يفهمهم في هذه الحياه . وهذا يتفق مع ماخرجت به دراسة كلا من المغربي (١٩٦٠) وعبد السلام (١٩٧٧) والمغربي (١٩٦٦) وبالرغم من اختلاف العينات والبيئة التي طبقت فيها تلك البحوث .

ثامنا :- يبين الجدول رقم (٤٠) حســـاب دلالة الفروق في بعـــد القهار للمجموعتين التجريبيــه والضابطـــه .

جدول رقم (٤٠)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٩ر٢٥	٧ر٢٢	١ر٢٤	٠ر٤٩	١ر٥٨	٧٨	٠ر١١ غير دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٦ر٨٢	٦ر٤٨					

ويظهـــــر من خــــلال التحليـــل الاحصائـــي ان الفـــرض الثامن والـــذى يقـــول ((متعاطي المخـــدرات يميلون الى عـــدم الســـواء في القهار عن غيـــر المتعاطين بفـــروق ذات دلالـــه احصائيـــه لم يتحقـــق وان الفـــروق بين المتوسطات لدى العينيتين في متغيـــر القهار لم ترقـــى الى مستوى الدلالـــه الاحصائيـــه وبالرغـــم من ذلك نجـــد هنـــاك ارتفـــاع في المتوســـط لدى عينة المتعاطيـــن وهذا يختلـــف مـــع ماخـــرجت به دراســـة عبـــد الســـلام (١٩٧٧) والتـــي تؤكـــد انه توجـــد ســـم القهار فـــي متعاطي المخـــدرات والذى يميزهـم القلـــق والمخاوف المرضيـــه او السلـــوك القهـــرى .

تاسعـــا : يبين الجــدول رقم (٤١) حســاب دلاله الفـــروق في بعـــد الفصــــام للمجموعتين التجريبيه والضابطـــــه .

جدول رقم (٩١)

العينة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالة ف	قيمة ت	درجة الحرية	دلالة ت
متعاطين	٤٠	١٩ر٧٢	٧ر٩٢	١ر٢٥	٠ر٤٨	١ر٤٧	٧٨	٠ر٠١ دالة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٥ر٧	٦ر٠٧					

ويظهـــــر من خلال التحليل الاحصائـــي ان الغـــرض التاســع والذى يقول ((متعاطـــي المخدرات يميلون الى عـــدم الســـواء في الفصـــام عن غير المتعاطين بفـــروق ذات دلاله احصائيــه قـــد تحقـــق . اذ وجـــد فعلا ان متعاطي المخـــدرات اكثـــر ميلا الى عـــدم الســـواء فـــي الفصـــام بفـــرق دال احصائيا عنـــد ٠١ر٠ وهذا يعنـــي ان متعاطي المخـــدرات اكثـــر عرضـــه الى عدم الســـواء في الفصـــام ويشـــكو اصحاب الدرجـــات المرتفعة على هذا المقيـــاس الشعـــور بالانقباض في كثيـــر من الاحيان كمـــا ويجـــدون في انفسهـم رغبة في ايذاء الاخرين كمـــا ويشكـــون من الاخرين ويعانون من بعض الاضطرابات الجسميــــه وتتفـــق هذه النتيجـــه مع ماخـــرت به دراســـة الفاروقـــــــــــي واخـــرون (١٩٧٧)

عاشـــرا : يبين الجـدول رقم (٤٢) حسـاب دلالـة الفـروق في بعـد الهـوس الخفيف للمجموعتين التجريبيـه والضابطـه .

جدول رقم (٤٢)

العينــة	عـدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالـة ف	قيمـة ت	درجـة الحريـة	دلالـة ت
متعاطـين	٤٠	١٩ر٢٢	٤ر٨٥	١ر٢٥	٠ر٤٨	١ر٣٨	٧٨	٠ر٠٠٢ دالـة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٦ر٢٧	٤ر٣٤					

ويتضـح من خـلال التحليل الاحصائـي ان الفـرض العاشـر والذى يقـول ((ان متعاطي المخـدرات يميلـون الى عـدم السـواء في الهـوس الخفيف عن غير المتعاطين بفـروق ذات دلالـه احصائيـه قـد تحقـق . اذ وجـد فعـلا ان متعاطي المخـدرات اكثـر ميـلا الى عـدم السـواء فـي الهـوس الخفيـف بفـرق دال احصائيـا عنـد ٠٠٢ر٠ وهذا يعنـي ان متعاطي المخـدرات اكثـر عرضـه الى عدم السواء في الهوس الخفيف ويشبه اصحاب الدرجات المرتفعـه على هـذا المقياس اولئك الاشخاص الذين يوصفون بأنهم ذو طموحات عاليه شبها كبيرا لذا فالشخـص الذى يعانـي من الهـوس ينحـرف قليـلا عن الشخص العـادى ويمتـازوا بأنهـم كثيرو الاهتمام والشاغـل مما ينجـم عن ذلك مشكـلات يقعـوا فيهـا نتيجـة انغماسهم في العديـد من النشـاطات في ان واحـد . وهذه النتيجـه تتفـق مع دراسـة كـلا من ثابت (١٩٨٤) ورشيـد (١٩٨٤) حيث اكـدت دراساتهـم بأن متعاطـي المخـدرات يميلـون الـى عـدم السـواء في الهـوس الخفيـف .

الحــادى عشــــــر :

يبين الجــدول رقـم (٤٣) حســاب دلالــه الفــروق في بعـــد الانحراف السيكوباتي للمجموعتين التجريبيـــه والضابطـــه .

جدول رقم (٤٣)

العينـــة	عـدد	متوسـط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالـة ف	قيمـة ت	درجـة الحريـة	دلالـة ت
متعاطـين	٤٠	٢٠ر٤٥	٣ر٣٠	١ر٢٠	٠ر٦	٣	٧٨	٠ر٠٠٤ دالـة احصائيا
غير متعاطين	٤٠	١٢ر١٨	٣ر٦٢					

يتضـــح من خــــلال التحليــــل الاحصائـــي ان الفـــرض الحـادى عشـــر والذى يقــول ((متعاطـي المخـــدرات يميلـون الى عـــدم الســواء في الانحـراف السيكوباتـــي عن غيـــر المتعاطين بفـــروق ذات دلالـــه احصائيـــه قـــد تحقـــق اذ وجـــد فعـــلا ان متعاطي المخـــدرات اكثـــر ميلا الى عـــدم الســـواء فـــي الانحـــراف السيكوباتـــي بفـــرق دال احصائيـــا عنـــد ٠٠٤ر٠. وهذا يعنـــي ان متعاطي المخـــدرات اكثـــر عرضـــه الى عـــدم الســـواء في الانحـــراف السيكوباتـــي حيث يمتاز من يحصـل على درجـــة عاليـــه في هذا المقيـاس بعـــدم قدرته على الاستفاده من خبرتـــه وهـــو لا يتقيـــد بالمعاييـــر الاجتماعيـــه كما يشعـــر بأنه مظـــلوم في حياتـــه السابقة مما يثيـــر الاهتمام ولا يستطيـــع تركيز ذهنـــه اثناء قيامـــه بعمل مـــا ويشعـــر بمعارضـــه اسرتـــه والناس من حولـــه وقـــد خرجت نتائـــج هذه الدراســـه متفقـــه مع نتائج كلا من عبد الرحيم (١٩٧٦) والمغربـــي (١٩٦٠) كلارك (١٩٦٢) ومصطفى (١٩٨٢) بالرغـــم مـــن اختلاف العينـــات المطبق عليها البحث وكذلك البيئة التي طبقت فيهـــا .

الثاني عشـــر : - يبين الجـدول رقم (٤٤) حســاب دلالــه الفــروق في بعـــد الانطواء الاجتماعــــي للمجموعتين التجريبيه والضابطـــه .

جدول رقم (٤٤)

العينـــة	عدد	متوسط	انحراف معياري	ف	مستوى دلالــة ف	قيمـة ت	درجـة الحريـة	دلالـة ت
متعاطـــين	٤٠	٧ر١٩	٦٢ر٤	١١ر١	٧٣ر٠	٥٠ر٠	٧٨	٩٦ر٠ غير دالة احصائيا
غير متعـاطين	٤٠	٢ر١٩	٣٧ر٤					

يتضـــح من خــــلال التحليل الاحصائـــي ان الفــرض الثاني عشـــر والذى يقـــول ((متعاطـــي المخـــدرات يميلـــون الى عـــدم الســـواء في الانطـــواء الاجتماعـــي عن غيـــر المتعاطيـــن بفـــروق ذات دلالــه احصائيـــه لـــم يتحقـــق وان الفـــروق بين المتوسطـات لدى الفئتيـــن فـــي متغيـــر الانطـــواء الاجتماعـــي لـــم ترقـــى الى مســـتوى الدلالـــه وهذا يختلـــف مـــع ماخرجـــت بــه دراســـة كـــلا من رشيـــد (١٩٨٤) والمغربـــي (١٩٦٠) التـــي تؤكـــد بأنـــه يتميـــز متعاطي المخـــدرات بالانطـــواء الاجتماعـــي ولكن نلاحـــظ ان متعاطي المخـــدرات مـــن الشبـــاب يفضلـــوا ان يتعاطـــوا بعض انـــواع المخـــدرات مثل الحشيش بشكل جماعات وهذا يشكل جماعتـــه او اقرانـــه ويرجـــى الباحث ايضـــا انه ربمـــا كان وجود الفئتين داخل السجـــن احـــد الاسباب في عدم الخـــروج بفروق ذات دلالـــه احصائيـــه .

ثالثا : نتائج الدراســــة

(١) بالنسبة للسؤال الأول القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الانتماء الأسرى كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟

فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد الانتماء الاسرى وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠٠٣ر. لصالح المتعاطين جدول (٣٢) أى بمعنى أنهم يتجهوا الى سوء التوافق في حياتهم المنزلية والأسرية ان وجود هذه الفروق يتسق مع الأساسى النظرى للدراسة الحاليه الذى يوضح أن سوء التوافق في حياة الفرد المنزلية والأسرية ربما تساعده على الانحراف والانجراف وراء تيار المخدر للحصول على نشوة التعاطي واللقاء مع رفقائه والانتماء اليهم دون أسرته . فيكون بذلك بعيدا عن الانتماء الى أسرته كونه لم يجد فيها حياة الاستقرار وقد أكدت عينة المتعاطين في اجابتهم على استمارة الخلفية الاجتماعية بنسبة ٣٠ ٪ جدول رقم (١١) بوجود خلافات أسرية بينما امتنع عن الاجابة ٧٠ ٪ وهؤلاء ربما امتنعوا عن الاجابة لما للاسرة من مكانة يصعب الافصاح عنها بهذه السهولة . وقد كانت أبرز نتائج هذه الخلافات هي طلاق الوالدة وعطها بمفردها واذا كانت نتائج مصطفى (١٩٨٢) قد اكدت ان متعاطي المخدرات من الشباب بجمهورية مصر العربية هم من المتمردين على السلطة الابويه نتيجة الكبت الواقع عليهم الذى بدوره يقلل في انتماهم الى أسرهم ويتجهوا الى تعاطي المخدر بقصد التجمع مع اصدقائهم والانتماء اليهم دون اسرهم. لذا فان هذا البحث قد بينت نتائجه بأن متعاطي المخدرات يجدون المتعه في تعاطيهم للمخدر والابتعاد عن أسرهم وربما يكون ذلك سببا في الميل الى عدم السواء في انتمائهم لأسرهم.

(٢) بالنسبه للسؤال الثاني القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الاجتماعية كما يقاس بالاختيار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات لا يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير المتعاطين الا انه يوجد ارتفاع في المتوسط الحسابي لكلا العينتين حيث يميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية الى الخضوع والانسحاب والتقهقر في اتصالاتهم الاجتماعية ومن المتوقع أن المتعاطين يميلون الى الانسحاب والتقهقر في اتصالاتهم الاجتماعية وحبهم للعزلة عن المجتمع أحيانا عندما تتاح لهم الفرصه لذلك فنرى أن ٣٤ فردا من حجم عينة المتعاطين جدول (٢٤) بنسبة ٨٥٪ أفادوا بوجود وقت الفراغ لديهم وأنهم يقضون وقت فراغهم في البيت وربما ذلك يؤكد في رغبتهم في الابتعاد عن المجتمع .

واذا كانت نتائج دراسة مصطفى (١٩٨٢) والمغربي (١٩٦٠) ورشيد (١٩٨٤) تؤكد بان متعاطي المخدرات يتجهون نحو الانطواء الاجتماعي وذلك مرده الى حب المتعاطي للعزلة عن المجتمع كما وان ظروف التعاطي قد تجعل المتعاطي يتصرف احيانا الى عدم الأحتكام الى الآخرين .
وأن نتائج البحث لم تؤكد وجود فروق بين العينتين فانه ربما يكون مرد ذلك نوع من المبالغه أثناء الاجابه كنوع من حسن السيرة والسلوك لكلا من العينتين .

(٣) بالنسبه للسؤال الثالث القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الاتساق الذاتي كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ :

فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات لا يختلفون عن أقرانهم من مجموعه غير متعاطي المخدرات في بعد الاتساق الذاتي جدول (٣٥) الا أنه على الرغم من ذلك هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين عن غير المتعاطين حيث يميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات عاليه الى عدم الاتزان الانفعالي كما انهم يميلون الى عدم التوافق الصحي ،فهم يشكون من اضطرابات جسميه متنوعه ويتعبون بسرعه ويفتقدون الشعور بالحيويه . وقد يكون انزلاق الشخص وراء المخدرات وتذوق حلاوة الخيال يتعاطاها نوعا من البحث عن الهدف الضائع الذي لم يستطع الوصول اليه المتعاطي عن طريق الحياة الواقعية والتخطيط الهادف. حيث نجد جدول رقم (٢٤) الاجابة رقم ٢ تؤكد أن ٢٦ فردا من متعاطي المخدرات أفادوا بأن تعاطيهم كان هروبا من الواقع. وفي نفس الجدول أفاد ١٩ فردا بأن صعوبة ظروف العمل كانت أحد الأسباب وراء تعاطيهم للمخدر فبذلك لا يستطيع هؤلاء الأفراد تحديد هدفهم في الحياة حيث يفتقدون الشعور بالحيوية.

واذا كانت نتائج دراسة رشيد (١٩٨٤) ،ثابت (١٩٨٤) والمفري (١٩٦٦) تؤكد بأن متعاطي المخدرات هم أميل الى عدم السواء في الاتساق الذاتي حيث خرجت دراساتهم بان المتعاطين لديهم شعور بالنقص وعدم القدرة على لفت انظار الآخرين اليهم عن طريق النجاح والعمل الجاد .

وبالرغم من عدم تحقق الفرض القائل بانه توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعد الاتساق الذاتي الا انه يوجد هناك ارتفاع في المتوسط لدى عينة المتعاطين.

٤) بالنسبه للسؤال الرابع القائل" هل توجد فروق ذات دلالة احصائيه في توهم المرض كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد توهم المرض وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠٠٠٢ر٠ لصالح المتعاطين جدول (٣٦) بمعنى أنهم يتصفون بقلة النضج في معالجة المشكلات ، ويفتقرون الى الاستبصار في الأمور ذات الصلة بأجسامهم ، وهم مع اهتمامهم الزائد بمشكلاتهم الجسمية والحاح هذا الاهتمام عليهم الا أن الادلة قوية على خلوهم من هذه المشكلات وكلما ثبت لهم عدم وجود بعض الأعراض يلاحظ لجوءهم الى أعراض أكثر تعجيزا وغالبا مايكون لأحدهم تاريخ طويل من المبالغه في شكواهم الجسميه اضافة الى شعورهم بتدهور في صحتهم الجسميه مع الزمن . وان وجود هذه الفروق يتسق مع الأساس النظرى للدراسة الحاليه الذى يوضح أن قلة النضج في معالجة المشكلات والاهتمام الزائد بهذه المشكلات ولا سيما الجسميه ربما تساعد على أن الفرد ينجرف وراء تعاطي المخدر كونه يشعر بارتياح نفسي . وقد ابدت نتائج دراسة عبد الرحيم (١٩٧٦) وماخرجت به هذه الدراسة بان متعاطي المخدرات هم اميل الى عدم السواء في توهم المرض عند مستوى دلالة ٠٠٥ر٠ وانهم يتصفون بقلة النضج في معالجة المشكلات ويفتقرون الى الأستبصار في الامور ذات الصله باجسامهم حيث تشير الدراسة الحالية في استمارة الخلفية الاجتماعية جدول رقم (٢٣) ان هناك ٢٦ فردا من المتعاطين بنسبة ٥٣٫٠٦ ٪ يشعرون بارتياح لاستعمالهم المخدر وهذا يدل على عدم استبصارهم في الامور ذات الصلة باجسامهم . ونلاحظ مما سبق وماخرجت به هذه الدراسة بانه قد تحقق الفرض القائل بانه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين لصالح المتعاطين .

(٥) بالنسبه للسؤال الخامس القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الاكتئاب كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات لا يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد الاكتئاب جدول رقم (٣٧) الا انه بالرغم من ذلك هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين حيث يميل الأشخاص الذين يحصلون على درجات عاليه في هذا المقياس بانهم يتصفون بروح معنويه متدنية وهم متشائمون يائسون يحسون بالعجز في النظر للمستقبل بتفاؤل ، واذا كانت نتائج دراسة مصطفى (١٩٨٢م) هبكما جريشون (١٩٦٦) وسولا وويلاد (١٩٤٧) بينت بانه يشيع بين متعاطي المخدرات تغير الاكتئاب وانه السبب في اضطراب شخصياتهم وبالرغم من عدم تحقق الفرض القائل بانه يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين الا انه يوجد هناك ارتفاع في المتوسط حسبما يشير اليه جدول (٣٢) .

(٦) بالنسبه للسؤال السادس القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الهستيريا كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ فقد بينت النتائج ان متعاطي المخدرات يختلفون من أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد الهستيريا وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠٠٧ر. لصالح المتعاطين جدول رقم (٣٨) بمعنى أنهم يشكون من أعراض مرضيه معديه ومعويه وكبديه وحياتهم خاليه مما يثير الاهتمام ويشكون من عدم القدرة على التركيز أثناء القيام بعمل ما. نومهم مضطرب ، يشعرون بالحزن في معظم الاوقات ويفتقدون السعادة في حياتهم المنزلية ، ويتعبون بسرعة ويهتمون بما يظنه الناس عنهم ويمتازون بالطرفة والود وهم كثيرو الكلام ويتحدثون الى الغرباء بسهوله ويميزهم القلق وعدم الاستقرار أحيانا . لذا فانه توجد هناك فروق في الهستيريا كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدر والذين لا يتعاطونها وهذه النتائج متفقة مع نتائج البحوث التي أجريت على المتعاطين في هذه السمة من سمات الشخصية وذلك في دراسة كلا من الفاروقي ، سحر، (١٩٧٧) .

(٧) بالنسبه للسؤال السابع القائل "هل توجد فروق ذات دلالة احصائيه في البارانويا كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها؟ فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد الانتماء الأسرى وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠١ر. لصالح المتعاطين جدول رقم (٣٩) بمعنى أنهم يشكون من أوهام العظمه والاضطهاد ويشعرون بأنهم يفتقدون لمن يفهمهم في هذه الحياة كما يفتقدون الشعور بالسعادة وهم كثيرو الشك ويشعرون بحساسية زائدة في العلاقات الشخصية ويتأثرون بنقد الأخرين لهم ، كما يشعرون بضخامة ضغط العمل عليهم . وان وجود هذه الفروق يتسق مع الأساس النظرى للدراسة الحالية الذى يوضح أن المتعاطى يقوم عادة بتفسير حركات الناس وأقوالهم على أنها موجهة ضده وازاء هذا الاعتقاد بأن الناس يريدون ايذاءه فقد يبدى البارانوى اتجاهات عدائيه ضد الناس ويقوم ببعض أعمال العنف وفى هذاءات العظمة يعتقد المريض أنه شخصية عظيمة حيث أكدت عينة المتعاطين في اجاباتهم على الاستبار للخلفية الاجتماعية بنسبة ٢٥ر١٢٪ من مجموع الاجابات جدول رقم (٢٣) ان المتعاطى يشعرون أثناء تعاطيهم للمخدر بأنهم يقوموا بعمل بطولى . لذا فانه بناء على ماقدم تؤكد الدراسة بأنه توجد هناك فروق في البارانويا كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها وهذه النتائج متفقة مع نتائج البحوث التي أجريت على المتعاطين في هذه السمه من سمات الشخصيه وذلك في دراسة كلا من المغربى (١٩٦٠) ودراسة عبد السلام (١٩٧٧) ودراسة المغربى (١٩٦٦).

(٨) بالنسبه للسؤال الثامن القائل" هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في القهار كما يقاس بالاختيار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟

فقد بين النتائج أن متعاطي المخدرات لا يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد القهار جدول (٤٠) وعلى الرغم من ذلك هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين في هذا البعد ويذكر المقياس بأن الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية يميزهم القلق والمخاوف المرضية أو السلوك القهري مثل : عدم القدرة على الهروب من الأفكار المتسلطة ويصعب عليهم تركيز الذهن أثناء القيام بعمل ما . واذا كانت نتائج دراسة عبد السلام (١٩٧٧) بينت بان متعاطي المخدرات يتميزون بعدم الأمن والطمأنينه الانفعالية والسلوك القهري .

الا ان الدراسة الحاليه لم تخرج بما يؤيد صحة الفرض القائل انه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين في متغير القهار . وبالرغم من ذلك نجد ان هناك ارتفاع في المتوسط الحسابي لعينة المتعاطين حسب مايشير اليه جدول (٣٢) لمتغير القهار .

(٩) بالنسبة للسؤال التاسع القائل "هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في الفصام كما يقاس بالاختبار المستخدم في البحث بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ فقد بينت النتائج أن متعاطي المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطي المخدرات في بعد الفصام وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠١,٠ لصالح المتعاطين جدول رقم (٤١) بمعنى أنهم يشعرون بالانقباض في كثير من الاحيان ويجدون في أنفسهم رغبة في ايذاء الآخرين ويشكون من الآخرين كما ويعانون من بعض الاضطرابات الجسمية وانهم قليلوا الثقة بأنفسهم قليلوا الاستقرار تصيبهم نوبات من الاغماء ، سريعوا الانفعال ،يكرهون بعض من يحبونهم ،يشعرون بأن الحياة صعبة بالنسبه لهم ويفتقدون القدرة على تكون الصداقات بسرعة ولا يستطيعون تركيز تفكيرهم فيما يفعلونه ويخافون من أشياء أو أشخاص مع اعتقادهم أنهم لا يضرونهم ولا يثقون في الناس ، قلقين صريحون . وان وجود هذه الفروق يتسق مع الأساس النظرى للدراسة الحالية الذى يوضح أن الأفراد قليلوا الثقة بأنفسهم وقليلوا الاستقرار هم في الواقع أول من يقع في تيار المخدرات وذلك لما يجلب لهم التعاطي أثناء التخدير التحدث مع زملائهم دون خجل أو تردد وبذلك فقد خرجت الدراسة بأن هناك فروق في الفصام بين متعاطي المخدرات والذين لا يتعاطونها لصالح المتعاطين وهذه النتائج متفقة مع نتائج البحوث التى أجريت على المتعاطين في هذه السمة من سمات الشخص وذلك في دراسة الفاروقى ، المسلم ، الروضان (١٩٧٧) .

١٠) بالنسبه للسؤال العاشر القائل "هل توجد فروق ذات احصائية فى الهوس الخفيف كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ :

فقد بينت النتائج أن متعاطى المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير المتعاطين فى بعد الهوس الخفيف جدول (٤٢) بمعنى أنهم يعانوا من كثرة الاهتمامات والمشاغل مما ينجم عنه مشكلات يقع فيها نتيجة انغماسه فى العديد من النشاطات فى آن واحد . وهو يحب الالتقاء بالناس والاختلاط بهم ويحاولوا اصلاح من حولهم. وقد يشتبك معهم نتيجة لذلك ويتحمس لمشروعات كثيرة لكنه قد يفقد حماسه بعد فترة من الزمن ويمتاز بالأفكار الطيارة والنشاط الزائد . وان وجود هذه الفروق يتسق مع الأساس النظرى للدراسة الحالية الذى يوضح أن نتيجة فشله فى اقناع من حوله فى صحة مايقوم به من حلول ربما مجابهتهم له بالحلول يجعل منه شخص ليس ذا قيمة فى نظره الذى يجعله يفكر دائما فى محاولة تغطية فشله السابق بموضوع آخر وبذلك يجد نفسه أمام تيارات من النقد الذى يسبب بدوره الاتجاه الى البعد عن الواقع بتعاطى المخدر. حيث أكدت الدراسة فى الجدول رقم (٢٤) بأن الأسباب التى تجعل من الشخص متعاطى للمخدر الهروب من الواقع وكانت نسبة من أجابوا بذلك ٢٦ فردا بنسبه ٦٥٪ من مجموع المتعاطين . لذا فنستطيع القول على ضؤ ماخرجت به هذه الدراسة بأنه توجد هناك فروق فى الهوس الخفيف بين المتعاطين وغير المتعاطين وهذه النتائج جاءت متفقة مع نتائج دراسة ثابت (١٩٨٤) ودراسة رشيد (١٩٨٤).

(١) بالنسبه للسؤال الحادى عشر القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائية فى الانحراف السيكوباتى كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لا يتعاطونها ؟ :

فقد بينت النتائج أن متعاطى المخدرات يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطى المخدرات فى بعد الانحراف السيكوباتى وكانت الفروق دالة عند مستوى دلالة ٠٠٤ر٠ لصالح المتعاطين جدول (٤٣) أى بمعنى أنهم ليس لديهم القدرة على الاستفادة من خبراتهم وهم لا يتقيدوا بالمعايير الاجتماعيه كما ويشعرون بأنهم مظلومون فى حياتهم الخاليه مما يثيروا الاهتمام ولا يستطيعوا تركيز ذهنهم أثناء قيامهم بعمل ما ويشعرون بمعارضة أسرتهم والناس من حولهم " ، كما يفتقدون الى السعادة ويتضايقوا حين يجعلهم الآخرون موضوعا لمزاحهم وهم حساسون ويعانون كثيرا من اللوم على مايفعلونه . ويصطدمون بمن حولهم من أهل وأصحاب، اضافة الى توجسهم الخيفة من الناس، وأن وجود هذه الفروق يتسق مع الأساس النظرى للدراسه الحاليه الذى يوضح أن تعاطى المخدر ربما يكون سببه هذه الظروف لذلك فان الدراسة خرجت بأن هناك فروق فى الانحراف السيكوباتى بين متعاطى المخدرات والذين لا يتعاطونها وهذه النتائج متفقة مع نتائج البحوث التى أجريت على المتعاطين فى هذه السمة من سمات الشخصية وذلك فى دراسة الفاروقى ، المسلم، الروضان (١٩٧٧) ودراسة عبد الرحيم (١٩٧٦) ودراسة المغربى (١٩٦٠) ودراسة هيكمان ، وجرنسون (١٩٦٦) ودراسة مونرو واستين (١٩٦١) ودراسة كلارك (١٩٦٢) ودراسة مصطفى (١٩٨٢) .

١٢) بالنسبه للسؤال الثانى عشر القائل " هل توجد فروق ذات دلالة احصائيه فى الانطواء الاجتماعى كما يقاس بالاختبار المستخدم فى البحث بين متعاطى المخدرات والذين لا يتعاطونهـا ؟ :-

فقد بينت النتائج ان متعاطى المخدرات لا يختلفون عن أقرانهم من مجموعة غير متعاطى المخدرات فى بعد الانطواء الاجتماعى جدول (٤٤) الا أنه على الرغم من ذلك هناك ارتفاع فى المتوسط الحسابى لكلا العينتين حيث يمتاز الشخص الذى يحصل على درجة عالية على هذا المقياس بأنه يعانى من صعوبة فى الاختلاط بالناس وهو حذر ويشعر بأنه من السهل هزيمته فى المناقشات كما يتضايق لو صار محطا لمزاح الآخرين حساس للنقد ، وخجول قليل الثقة بنفسه ، يتضايق من نجاح الآخرين ، وهو لا يرتاح فى المواقف الاجتماعية المختلفة ،كما أنه لا يميل الى الآخرين ، ويؤكد ذلك ماخرجت به الدراسة فى اجابات المتعاطين وغير المتعاطين فى جدول رقم (٢٠) عن مدى انتشار ظاهرة تعاطى المخدرات فى محل اقامتهم افادوا بما يقارب ٥٠ ٪ منهم بانه لاعلم لهم بذلك وهذا يؤكد من أن العينتين متفقة تقريبا فى الاجابة والذى يدل فى نفس الوقت انهم قليلوا الثقة بانفسهم والذى ربما كان له السبب فى انحراف العينتين الى عدم السواء.

وبالرغم من ان دراسة رشيد (١٩٨٤) والمغربى (١٩٦٠) تؤكد ان متعاطى المخدرات يميلون الى الانطواء الاجتماعى الا ان فرض الدراسة القائل بانه توجد فروق ذات دلالة احصائية فى متغير الانطواء الاجتماعى بين كلا من المتعاطين وغير المتعاطين لم يتحقق .

رابعا : تفسير النتائج :

يظهر من النتائج السابقة ان متعاطى المخدرات يميلون الى عدم السواء فى كلا من الانتماء الاسرى وتوهم المرض والهستيريا والبارانويا والفصام والهوس الخفيف والانحراف السيكوباتى وذلك عن غير المتعاطين والسؤال الذى يطرح نفسه فى هذا المجال هو لماذا يتميز متعاطى المخدرات بهذه السمات ؟ وماهى الظروف التى ادت الى ذلك والحقيقة انه عند محاولة تفسير ذلك لابد من الاشارة الى النظرية التى تنادى بأن الشخصية كل متكامل واعنى بهذا ان هناك تداخلا كبيرا بين السمات التى تم قياسها وانها متداخلة الى حد كبير ويرى الباحث ان الافراد المتعاطين للمخدرات اكثر ميلا الى عدم السواء من غير المتعاطين . حيث نلاحظ ان متعاطى المخدرات يميلون الى عدم السواء فى الانتماء الأسرى وذلك عند مستوى دلالة ٣ .و. ويعنى ذلك انهم يتجهو الى سؤ التوافق فى حياتهم المنزلية والاسرية وان سوء التوافق فى حياة الفرد المنزلية والاسرية ربما تساعده على الانحراف وراء تيار المخدر بهدف الحصول على نشوة التعاطى واللقاء مع رفقائه والانتماء اليهم دون أسرته ويكون بذلك بعيدا عن الانتماء الى اسرته كونه لم يجد فيها حياة الاستقرار ونلاحظ ان دراسة مصطفى (١٩٨٢) قد اكدت ان المتعاطين يميلون الى عدم السواء فى أنتمائهم لأسرهم ونجد ان هذا البحث اتفق مع البحوث السابقة التى تؤكد ميل المتعاطين الى عدم السواء فى الانتماء الأسرى .كما ونلاحظ ان متعاطى المخدرات يميلون الى عدم السواء فى البارانويا والتى تضمن فى شكواهم من اوهام العظمة والاضطهاد ويشعرون بانهم يفتقدون لمن يفهمهم فى هذه الحياة كما يفتقدون الى السعادة وهم كثيروا الشك ويشعرون بحساسية زائدة فى العلاقات الشخصية ويتأثرون بنقد الآخرين والذى يجعل منهم متعاطين وذلك لبعدهم عن ذلك . ونجد ايضا ان متعاطى المخدرات يميلون الى عدم السواء فى الفصام والذى يتضمن بالشعور بالانقباض فى كثير من الاحيان ويجدون فى انفسهم رغبة فى ايذاء الآخرين كما يعانون من بعض الاضطرابات الجسمية وانهم قليلوا الثقة بانفسهم قليلوا الاستقرار تصيبهم نوبات من الاغماء وانهم سريعوا الانفعال يكرهون بعض من يحبونهم ويشعرون بان الحياة صعبه بالنسبة لهم ويفتقدون القدرة على تكوين الصداقات بسرعة ولا يستطيعون تركيز تفكيرهم فيما يفعلونه والذى يجعلهم يتجهون الى التعاطى نتيجة لذلك .

ونجد ايضا ان متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الهوس الخفيف والذى يتضمن بانهم كثيروا الاهتمامات والمشاغل مما ينجم عنه مشكلات يقعوا فيها نتيجة انغماسهم في العديد من النشاطات في آن واحد ويمتازوا بالافكار الطيارة والنشاط الزائد الذى يجعلهم يتجهون الى التعاطي للمخدرات نتيجة لذلك .

كما ونلاحظ أن متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في توهم المرض والتى تتضمن الاهتمام الزائد بالوظائف الحسمية . كما انهم يعانون من القلق - الذى لا يستند الى سبب - على الحالة الصحية ويمكن تفسير ذلك على ضوء ما يمكن أن يكون للمخدرات من آثار فسيولوجية . ولما كانت هذه الآثار الفسيولوجية غير معلومة بدرجة كافية من الوضوح بالنسبة للمتعاطين فان ذلك يمثل مصدرا غامضا من مصادر القلق على الحالة الصحية بوجه عام مما يجعلهم يعانون من أعراض توهم المرض . وهناك أيضا أفراد من المتعاطين للمخدرات قد يعرفون الآثار الضارة له على الصحه بوجه عام ولكنهم ينكرون هذه الآثار - حتى أمام أنفسهم - بقصد تبرير استخدامه مما يترتب عليه حالة من القلق تؤدى بهم الى المعاناة من أعراض توهم المرض بالاضافة الى ذلك فمن المعروف أن هناك آثار لبعض أنواع المخدران تتمثل في الامساك والصداع الذى يحاول المتعاطين ارجاعها الى سبب آخر غير نوع المخدر المستعمل مما قد يزيد من حالة القلق على الحالة الصحية التى يعاني منها هذا المتعاطي للمخدرات .

كما ونلاحظ ان متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الهستيريا والتى تتضمن في شكواهم من الشلل وانهم يشكون من عدم القدرة على التركيز أثناء القيام بعمل ما وان نومهم مضطرب ويفتقدون السعادة في حياتهم المنزلية وربما كانت الاعراض التى يظهرها ذو الدرجة المرتفعة على هذا المقياس غطاء يستر بها صراعاته ، او يهرب من مسئولياته وليس مستبعدا ان يكون امثال هؤلاء أقل نضجا من الوجهه النفسية من غيرهم ويحتمل ظهور الاعراض الهستيرية على الشخص ذى الدرجة المرتفعة وقت الشدة ولو لم تظهر في الحالات العاديه وربما لجأ الى حل مشكلاته عن طريق هذه الاعراض مستخدما المخدرات كحل بديل ومثالي لنسيه همومه .

ونجد ايضا ان متعاطي المخدرات يميلون الى عدم السواء في الانحراف السيكوباتي والذى يتضمن بعدم تقيدهم بالمعايير الاجتماعية كما ويشعرون بانهم مظلومون في حياتهم السابقة ويشعرون بمعارضة

أسرهم والناس من حولهم كما يفتقدون الى السعادة وهم حساسون وانهم يصدموا مع من حولهم من اهل واصحاب اضافة الى توجسهم الخيفة من الناس وانهم لا يبالون لمخالفتهم للمعايير السائدة كما انهم لا يبالون باكتشافهم لسلوكهم المنحرف ونتيجة لذلك فضلوا أستخدامهم للمخدرات كبديل لحل مشاكلهم دون الصدام مع من حولهم .

وبذلك يمكننا القول بان متعاطي المخدرات هم اميل الى عدم السواء عن غير المتعاطين في كلا من متغير الانطواء الاسرى وتوهم المرض والهستيريا والبارانويا والفصام والهوس الخفيف والانحراف السيكوباتي " وذلك نتيجة ظروفهم النفسية والاجتماعية .

خامسـا :- التوصيات ومقترحات البحـث:

تتمثل هذه الدراسة أول دراسة عن السمات الشخصية لمتعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية على حد علم الباحث ، ولقد قام الباحث فيها بدراسة لبعض سمات الشخصية لمتعاطى المخدرات من الشباب فى المنطقة الغربية قاصرا دراسته علـى اثنى عشر بعد هوى : (الانتماء الاسرى ،الاجتماعية ،الاتساق الذاتى ،توهم المـرض ،الاكتئاب ، الهستيريا ، البارانويا ، القهار ، الفصام ، الهوس ، الانحراف السيكوباتى ،الانطواء الاجتماعى) . . وهذا يعنى أنه لم يبحث جميع السمات الشخصية للمتعاطى كما لم يحاول الكشف عن مدى وجود علاقات سببية بين هذه السمات وغيرها من المتغيرات الأخرى ، بمعنى أنه لم تتسع لتشمل مثلا أسباب زيادة السيكوباتية أو قلة الاجتماعيـة لدى المتعاطى . . . بل اقتصرت على البحث عن مدى وجود فروق فى هذه السـمات بين المتعاطين وغير المتعاطين فى المنطقة الغربية ، اذ أن عددا كبيرا من الأبحاث فى العالم أثبتت وجود هذه الفروق فى سمات الشخصية بين متعاطى المخدرات وغيرهـم من غير المتعاطين ، ولقد أتى هذا البحث مقرا للبحوث السابقة اذ اتضح وجود فـروق ذات دلالة احصائية فى سبعة أبعاد وهى : الانتماء الأسرى ،توهم المرض ،الهستيريـا ،البارانويا ، الفصام ، الهوس ،الانحراف السيكوباتى ،الابعاد الأخرى لم ترق الى مستوى الدلالة . فمتعاطى المخدرات فى المنطقة الغربية يتسم بهذه السـمات .

وقد يتساءل القارى عن الفائدة من اثبات هذه الحقائق وعن الفائدة من معرفتنا بأن متعاطى المخدرات يتسم بهذه السمات مالم تتخذ الاجراءات لوضع الحلول التى تكفل اصلاحه ،وفعلا فالبحوث ليست لمجرد الاقرار بحقيقة أو نفيها بل لا بد أن يكون لها أهدافاً ذات فائدة علمية تسعى الى تحقيقهـا .

الا أن اثبات هذه الفروق وتميز متعاطين المخدرات بهذه السمات مهم جدا وخاصة اذ علمنا أن علماء النفس الاجتماعي والذين يمثلون الاتجاه الرائد في الوقت الراهن في هذا المجال يرون أن تعاطي المخدرات هي مشكلة نفسية اجتماعية . وأخيرا فان علماء النفس الاجتماعي يركزون على أهمية الطفولة وأهمية الخبرات التي يمر بها الشخص في هذه المرحلة في تكوين شخصية في مستقبل حياته فتعرضه للاحباط والاهمال والنبذ والقسوة وتكوين مفهوم سالب نتيجة نظرة الآخرين له . كل هذا قد يدفع به الى تعاطي المخدرات .

ومن هذا المنطلق فنحن نؤمن بأن جميع هذه السمات تعبر عن مشكلات نفسية اجتماعية أي أن جذورها اجتماعية ،وخاصة في مرحلة الطفولة ولذلك فلابد من حماية المجتمع عن طريق حماية الطفولة ،ويوصي الباحث بالآتي لحماية الطفولة من التعرض لتعاطي المخدرات :-

(أ) توعية الآباء والأمهات بالآثر السيء للاضطرابات المنزلية والأسرية .

(ب) التركيز على مرحلة الطفولة وزيادة العناية بها عن طريق ارشاد الآباء والمدرسين .

(ح) ايجاد برامج الارشاد في المدارس وأداء وظائفها كاملة .

(د) اعداد المرشدين النفسيين ليتولوا عملية ارشاد المتعاطين للمخدرات داخل السجون ودور الملاحظة والاستفادة من نظريات الارشاد في هذا المجال .

ويوصي الباحث أيضا في اجراء البحوث في المجالات التالية :-

(١) اجراء بحوث ودراسات مقارنة عن سمات أخرى من سمات الشخصية للمتعاطين وغير المتعاطين مثل الانبساطة والانعزالية والقيم الدينية والعدوان والصداقة ليتسنى فهم متعاطي المخدرات السعودي بشكل متكامل على مستوى المملكة ولا سيما الشباب منهم .

(٢) اجراء بحوث مقارنة عن متعاطي المخدرات في السعودية ومتعاطي المخدرات في دول عربية لمعرفة مدى تشابه سماتهم والمخدرات المستعملة .

(٣) اجراء بحوث مقارنة عن متعاطي المخدرات في السعودية ومتعاطي المخدرات في دول أجنبية

لمعرفة مدى تشابه سماتهم والمخدرات المستعملة .

(٤) وبعد تحقق التوصيات السابقة فانه من الممكن بناء الخطط المناسبه لارشاد وتوجيـــــــه واصلاح متعاطى المخدرات داخل مؤسسات الاصلاح فى السعودية كما ويمكن بناء الخطط الارشادية الوقائية لحماية أطفالنا من التعرض لتعاطى المخـــــدرات .

المراجع العربية

(١) أحمد . سمير نعيم ١٩٦٩، الدراسه العلميه للسلوك الاجرامي ، القاهرة مكتبة سعيد رأفت .

(٢) انطرد ، عوض محمد ١٩٦٦، جرائم المخدرات والتهريب الجمركي ، المكتب العربي للطباعه والنشر .

(٣) البخاري ، أبي عبدالله محمد ، ١٣٧٨، صحيح البخاري ، كتاب الشعب.

(٤) البنيان ، عبدالله صالح . احتياجات الطفوله في المجتمع العربي السعودي ، ١٩٨٠م.

(٥) ابن حزم، ١٩٦٨ ، المحلى القاهرة : مكتبة الجمهوريه العربيه

(٦) ثابت ،ناصر، ١٩٨٤ ، المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات ، الكويت: ذات السلاسل .

(٧) جرجس، جلال ، ١٩٨٥ ، السموم البيضاء والسلوك البشري ، الهيئه المصريه للكتاب.

(٨) جلال ، سعيد ، ١٩٧١ ، المرجع في علم النفس . القاهرة: دار المعارف.

(٩) جلال ، سعد . في الصحه النفسيه ، ١٩٨٠ . القاهرة : مكتبة المعارف الحديدة .

١٠) جويدى، امتثال ١٩٨٢، عالم المخدرات ، الكويت : المجلس الوطني للثقافه والفنون .

١١) الحيلى ، أحمد ، ١٩٨٧ ، نعم للحياة لا للمخدرات ، مجلة الشرق الأوسط العدد ٦٦ السعودية ، ٦ أكتوبر ص١٠ .

١٢) الحاذقه ، أحمد ، ١٩٧٦ ، محاضرة عن الاعتماد على العقاقير والمسكرات : مجلة الأمن العام المصريه العدد ٧٢ يناير ص١٠٧

١٣) الحارثي ، صالح محيا ، ١٩٨٦ مجموعة محاضرات الأمراض النفسيه ، جامعة أم القرى .

١٤) حجازى ، عزت ، ١٩٧٨ ، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها ، الكويت ، عالم المعرفه .

١٥) دسوقي ، كمال ، ١٩٧٤ ، علم الأمراض النفسيه ، بيروت: دار النهضه العربيه

١٦) الدمرداش، عادل ، ١٩٨٢ ، الادمان مظاهرة وعلاجه ، الكويت : المجلس الوطني للثقافه والفنون .

١٧) الدورى ، عدنان ، ١٩٨٥ ، أسباب الجريمة وطبيعة السلوك الاجرامـــي .
١٨) راجح ، أحمد عزت ، ١٩٦٣ ، أصول علم النفس، الاسكندريه : الدار القوميــة للطباعه والنشــــر .
١٩) رسلان ، عادل ، ١٩٨٠ ، حكم تناول المخدرات والمفترات في الاسلام ، القاهــرة : كلية الحقوق .
٢٠) رشيد ، جمعان ، ١٩٨٤ ، دراسة لبعض عوامل السواء النفسي لمتعاطي المخدرات رسالة ماجستير غير منشورة ـ جامعة أم القرى .

٢١) رضا ، محمد جواد ، ١٩٧٥ ، التربية والتبدل الاجتماعي في الكويت والخليج العربـي ، الكويت : وكالة المطبوعات .
٢٢) زهران ، حامد ، ١٩٧٨ ، الصحه النفسيـــة ، الطبعه الثانيـــه .
٢٣) زهران ، خرج ، ١٩٨٣ ، المسكرات أضرارها وأحكامها ، القاهـــرة : دار مصـــر للطباعـــه .
٢٤) زيدان ، محمد ابراهيم ، ١٩٨٦ ، الندوة العلميه العربية الأوربية عن المخدرات ، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنيـــــــه .
٢٥) سابق ، السيد ، ١٩٦٨ ، فقـــه السنـــة الكويـت : دار البيان
٢٦) سلطان ، عماد الدين . الطب النفسي . القاهرة : دار النهضه العربيـــــة .
٢٧) سويف ، مصطفى ، ١٩٦٧ ، الحشيش في مصـــر .
٢٨) السيد ، فؤاد البهـي ، ١٩٥٦ ، الأسس النفسية للنمو ، القاهرة : دار الفكـــر العربـــي .
٢٩) شاولي ، أحمد توفيق ، ١٤٠٠ ، الانسان في القرآن ، مجلة كلية التربيـــــة العدد الثامن . مكة المكرمة : كلية التربية ص(٤٢) .
٣٠) شاولي ، أحمد توفيق ، ١٩٨٢ ، القوليه أوا لتعليم عن طريق الملاحظة ، مجلـــة كلية التربية العدد التاسع ، مكة المكرمة : كلية التربية ص٢٦ .

٣١) الشربيني ، أحمد ، ١٩٧١ ، رعاية الشباب ، جامعة الاسكندرية .

٣٢) شرف ، محمد ، ١٩٨٥ ، الهيروين واللياقة البدنية ، الهيئة المصرية للكتاب.

٣٣) شوقي ، مدحت عزيز ، ١٩٨٥ ، أسطورة المخدرات والجنس ، الهيئة المصرية للكتاب.

٣٤) الشيباني ، عمر ، ١٩٧٣ ، الأسس النفسيه والتربوية لرعاية الشباب ، بنغازي الدار العربية .

٣٥) صادق ، عادل ، ١٩٨٦ ، الادمان له علاج ، القاهرة : دار المعارف.

٣٦) صالح ، أحمد ، ١٩٧٩ ، علم النفس التربوي ، القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

٣٧) الصاوي ، محمد منصور ، ١٩٨٤ ، أحكام القانون الدولي ، الاسكندرية ادارة المطبوعات الجامعية .

٣٨) طاهر ، ميسرة ، ١٩٨٦ ، مقياس مكة للشخصية ، جامعة أم القرى .

٣٩) الطبري ، ١٩٨٢ ، جامع البيان في تفسير القرآن ، بيروت : دار المعرفة .

٤٠) الطواب سيد ، ١٩٧٦ ، ترجمة مدخل علم النفس لندال ل مرافيدوف : الرياض : دار المريخ .

٤١) عبد الخالق ، أحمد ، ١٩٨٣ ، الأبعاد الأساسيه للشخصيه ، بيروت : الدار الجامعية .

٤٢) عبد الخالق ، أحمد ، ١٩٨٥ ، استخبارات الشخصية ، دار المعرفة

٤٣) عبد الرحيم ، فتحي ، ١٩٧٦ ، دراسة استطلاعية لبعض خصائص الشخصية لمدمن القات ، المجلة القومية . العدد الأول : القاهرة يناير ص ٤٣ — ٥٦ .

٤٤) عبد السلام ، فاروق ، ١٩٧٧ ، سيكولوجية الادمان ، القاهـــرة : عالـم الكتب ، رسالة دكتوراة منشورة .

٤٥) عبد الفتاح ، حسين حسن ، ١٩٨٤ ، دراسة مقارنة لسمات الشخصية المميزة للجانحين ، مكة : جامعة أم القرى رسالة ماجستير غير منشورة .

٤٦) عبدالله ، أحمد عبيد ، ١٩٧٦ ، أسلوب الاسلام في رقابة المجتمع من تعاطي المسكرات ، مجلة كلية الامام الأعظـم . كانون أول العدد السابع . بغداد ص٢٧ .

٤٧) عبيدات ، ذوقان . عدس عبد الرحمن . عبد الحق ، كايد ، ١٩٨٧ ، البحث العلمـي مفهومه أدواته أساليبه ، عمان : دار الفكـــــر .

٤٨) عثمان ، آمال ، ١٩٧٥ ، ظاهرة اساءة استعمال المخدرات ، محاضرة مطبوعـــة مكتبة كلية الحقوق : عين شمس . القاهــرة ص٢ .

٤٩) عطا ، عبد القادر أحمد ، ١٩٧٥ ، هذا حلال وهذا حرام ، بيروت : دار القلـــم .

٥٠) العفيفي ، عبد الحليم ، ١٩٨٦ ، الادمان ، القاهـــرة : الزهراء للاعـلام .

٥١) عكاشه ، أحمد ، ١٩٨٦ ، الادمان خطر ، كتاب اليوم الطبي العدد ((٤٤)) ١٥ نوفمبر ص١٠ .

٥٢) عكوش ، حسن ، ١٩٧١ ، الوسيط في شرح قانون المخدرات الجديد ، دار الفكـر للنشـــــر .

٥٣) عوض ، عباس ، ١٩٨٧ ، الأسس النفسيه والفسيولوجية للسلوك ، الاسكندرية : دار المعرفـــة الجامعية .

٥٤) عيد ، محمد فتحي ، ١٩٧٩ ، موقف الشريعه الاسلامية في المخدرات ، مقالة عـــن مجلة الأمن العام المصريه . العدد ٨٥ أبريل ص١٠-١٤ .

٥٥) عيد ، محمد فتحي ، ١٩٨٦ ، الادمان في مصـــــر ، القاهـرة : الهيئه المصرية للكتـاب .

٥٦) العيسوي ، عبد الرحمن ، ١٩٨٣ ، سيكولوجية الجنوح ، الاسكندريـــة : منشـــأة المعارف .

٥٧) العيسوى ، عبد الرحمن ، ١٩٨٤ ، أمراض العصر ، الأزرابطة : دار المعرفة الجامعية .

٥٨) غازى ، محمد جميل ،. الداء والدواء لابن قيم الجوزية . القاهرة : مطبعة المدنى .

٥٩) فهمى ، مصطفى ، ١٩٧٦ ، الصحة النفسية . القاهرة : مكتبة الخانجى

٦٠) القطب ، اسحق يعقوب ، ١٩٨٠ ، النمو والتخطيط الحضرى فى دول الخليج العربى ، الكويت : وكالة المطبوعات .

٦١) قطب ، سيد . فى ظلال القرآن ، بيروت : دار المعرفة .

٦٢) القوص ، عبد العزيز ، ١٩٨٢ ، أسس الصحة النفسية ، القاهرة : مكتبة النهضة

٦٣) القمص ، بدر مختار ، ١٩٨٦ ، الاعتياد على المخدرات ، الجادعية ، الشرطة المصرية بحث غير منشور .

٦٤) كفافى ، رشاد ، ١٩٧٣ ، ١٩٧٣ ، سيكولوجية اشتهاء المخدر ، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب : جامعة عين شمس .

٦٥) مبارك ، زين العابدين محمد ، ١٩٨٤ ، المخدرات ، الرياض : الأمن العام .

٦٦) محمد ، محمد رمضان ، ١٩٨٢ ، سيكولوجية تعاطى الحشيش لدى الشباب المتعلم ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الآداب : جامعة عين شمس .

٦٧) محمود ، عصام أحمد ، ١٩٨٣ ، جرائم المخدرات فقها وقضاء ، القاهرة .

٦٨) مصطفى ، محمد ، ١٩٨٢ ، دراسة فى سيكولوجية التعاطى ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الآداب : جامعة عين شمس .

٦٩) مصطفى ، محمود ، ١٩٧٥ ، شرح قانون العقوبات ، القاهرة : جامعة القاهرة .

٧٠) المعيفر، عبد الرحمن ، ١٩٨٥ ، الشباب والمخدرات في دول الخليج العربي ، الكويت شركة الربيعان للنشر .

٧١) المغربي ، سعد ، ١٩٦٠ ، ظاهرة تعاطي الحشيش، رسالة ماجستير منشورة ، القاهرة : دار المعارف .

٧٢) المغربي ،سعد ، ١٩٦٦ ، سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته ، القاهرة : الهيئة المصرية للكتاب .

٧٣) المغربي ، سعد ، ١٩٨٦ ، تعاطي المخدرات المشكلة والحل ، القاهرة : الهيئة المصرية للكتاب .

٧٤) الطلاح ، محمد محمد ، ١٩٨٣ ، الادمان على المخدرات، رسالة دكتوراة ، كلية الحقوق الجامعية : مطبعة فتح الله الياس .

٧٥) مليكة ، لويس كامل ، ١٩٥٩ ، سيكولوجية الجماعات والقيادة ، القاهرة : مؤسسة المطبوعات الحديثه .

٧٦) منصور ، عبد الحميد أحمد ، ١٩٨٢ ، المسكرات والمخدرات والمكيفات ، الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية .

٧٧) موسى ،عبد الرحمن عبد القادر ، ١٩٨٣ ، المواد المخدرة وطرق مكافحتها ، الرياض الأمن العام .

٧٨) الميمان ، جميل ، ١٤٠٥ ، تعاطي المخدرات ، مجلة الأمن والحياة العدد ٣٦ ذو القعدة . الرياض ص٥٨ .

٧٩) الامم المتحدة ، ١٩٨٢ ، الامم المتحدة ومراقبة العقاقير : نيويورك .

٨٠) نوفل ، عبد الرزاق ، ١٩٨٤ ، الحبوب المخدرة ، مجلة سيدتي عدد ١٥٠ الرياض ص١٢ .

٨١) نوفل ، محمد ، ١٩٨٥ ، ترجمة منهج البحث في التربية وعلم النفس لفان دالين ، القاهرة : مكتب الانجلو المصرية .

٨٢) وجدى ، محمد فريد ، ١٣٥٧ ، دائرة المعارف القرن العشـــرين ، طباعة دائرة المعارف ، المجلد الثالث الطبعة الثانيـــــة .

٨٣) وهدان ، نادرة عبد الحليم . الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات ، ١٨٦ . مركز بحوث الشرطة المصرية : القاهـــــرة .

٨٤) يونس ، انتصار ، ١٩٨٦ ، السلوك الانسانـي ، القاهـــــرة : دار المعارف .

يتبع المراجع العربية

(٩٤) بهنام ، رمسيس ، ١٩٨٤ ، المجرم تكونيا وتقويما ، منشأه المعارف الاسكندريه .

(٩٥) جريدة المدينه ١٩ محرم ١٤٠٨هـ عدد ٧٤٤١ ، المملكة العربية السعودية

(٩٦) الهاشمي ، عبد الحميد ، محمد ، ١٩٨٤ اصول علم النفس العام ، دار الشروق جدة

(٩٧) الفاروقي ، واخرون ، ١٩٧٧ ، دراسة لبعض الجوانب السلوكيه والنفسيه والاجتماعيه لاعتماد الكحول والعقاقير المخدرة في مستشفى الطب النفسي بالكويت ، الكويت

(٩٨) فرج ، احمد فرج ، ١٩٨٣ ، المسكرات اضرارها واحكامها ، دار مصر للطباعه الفجاله

المـراجع الأجنبيـة

91) Dan, J. Jacgueline. National Institute *of* drug . Abuse. Research Monograph, 1981.

92) Edward J. Khantzian. An Ego/ Selftheory of Substance Dependance. U.S. Department of Health and Human Services, March, 1980.

93) Sinacore, John & Angela. Introductory Health. New Yörk. Macmillan. 1981.

التقارير

٨٤) وزارة الداخلية . الكتاب الاحصائي الحادي عشر ، ١٤٠٥هـ . الرياض : المطابع الأهلية للاوفست .

٨٥) وزارة الداخلية المخدرات والعقاقير المخدرة ، ١٩٨٥م . الكتاب الرابع - الرياض ، مركز أبحاث الجريمة .

٨٦) وزارة الداخلية المصرية . التقرير السنوي عام ١٩٨٥م . القاهرة - الادارة العامة لمكافحة المخدرات .

٨٧) ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية . حول استعمال وسوء استعمال الأدوية والتعاقد ، ١٩٨٢م ، الكويت .

٨٨) المؤتمر الأول لوزراء الشباب العربي - توصيات عامة ، ١٩٦٩ ، جامعة الدول العربية ، القاهرة .

٩٠) المؤتمر الاقليمي السادس للمخدرات ، ١٩٧٤ . الرياض .

الملاحق

ملحق (٩)

مقياس ملكة الشخصية

تأليف

الدكتور ميسرة طاهر

بسم الله الرحمن الرحيم

" التعليمات "

ستجدُ فيما يلي مجموعةً من العبارات ،المرجو منكَ قراءةُ كل عبارةٍ بدقة ،ثم تقررَ بعد ذلكَ مدى انطباقها عليكَ أو عدمَ انطباقها .

فاذا كانت العبارةُ تنطبقُ عليكَ تماما ، أو تنطبق عليك الى حدٍ ما فاملأ بالقلم (سوِّد) الدائرةَ الموجودةَ تحتَ رقم العبارة وأمام كلمة نعم في ورقة الاجابة فمثلا العبارة التالية (أحب قراءة الشعر) ، اذا كانت تنطبق عليك فسوِّد الدائرة الموجودةَ في ورقة الاجابة تحت رقمها ومقابل كلمة نعم على النحو التالي : نعم ●

لا ○

أما اذا كانت العبارةُ لاتنطبقُ عليكَ فسوِّد الدائرة الموجودة في ورقة الإجابة تحت رقمها ومقابل كلمة لا على النحو التالي : نعم ○

لا ●

وقبلَ أن تبدأ الاجابة أرجو الانتباهَ الى الملاحظات التاليه :

- ليست هناك اجاباتٌ صحيحة وأخرى خاطئه ،وانما الصحيحُ ما ينطبقُ عليك ولو الى حد ما ،والخطأ ما لا ينطبق عليك .
- اجبْ عن جميع العبارات ولا تترك ايـاً منها دون إجابة .
- تاكد وانت تسوِّدُ الدائرةَ أنها تحت رقم العبارة التي تجيب عنها ،وليست تحت رقم عبارة أخرى .
- سوِّد الدائرةَ بالقلم بشكل جيد ،واذا كنت ترغب في تغيير الإجابة وتريد تسويد الدائرة الأخرى فامح الأولى محواً جيداً .
- لا تَضَعْ أى علامةٍ على هذا الكراس .
- حاول الاجابةَ على كل عبارة وتذكر أنه ليس هناك اجاباتٍ صحيحة وأخرى خاطئة ،بل الصوابَ ما انطبقَ عليك والخطأ ما لا ينطبق عليك .
- لا تتردد لحظة في الاستفسار من المشرف عن أى نقطةٍ غير واضحة في العبارات.

(أرجو أن لا تكتبَ شيئاً على هذا الكراس ولا تفتحهُ الا اذا طُلِبَ منك ذلك)

١ - حياتي اليومية مليئة بما يثير اهتمامي .

٢ - اشعر احيانا" ان ابي وامي قد فقدا آمالهما بي .

٣ - أستيقظ في معظم الايام نشطا ومرتاحا" .

٤ - شهيتي للطعام جيدة .

٥ - قدرتي على العمل في الوقت الحاضر تعادل قدرتي على العمل في السابق .

٦ - حين اقوم بعمل ما تكون اعصابي مشدودة ومتوترة .

٧ - افكر من حين لآخر في اشياء قبيحة الى درجة لا يمكن التحدث عنها .

٨ - أشعر انني مظلوم في هذه الحياة .

٩ - اصابتي بالامساك (القبض) قليلة ونادرة" .

١٠- اشعر من حين لآخر برغبة شديدة في ترك أسرتي والابتعاد عنها .

١١- اذا كنت في حفل فإنني أحاول مقابلة الشخصية الهامة الموجودة في الحفل .

١٢- تنتابني احيانا" نوبات من الضحك والبكاء لا استطيع مقاومتها .

١٣- تصيبني أحيانا نوبات من الغثيان (لعبان النفس) والقيء (الاستفراغ .

١٤- إنني افتقد الى من يفهمني في هذه الحياة .

١٥- تسيطر والدتي على البيت .

١٦- عندما أكون في مأزق (مشكلة) اشعر ان الأفضل لي ان اسكت ولا اتكلم .

١٧- تسيطر على ذهني في بعض الأحيان افكار تدعوني لارتكاب اعمال الشر .

١٨- في الحفلات اقوم بتعريف الناس على الشخص الذى يريد أن يتحدث او يلقي كلمة .

١٩- أصاب بحموضة المعدة (الحرقان) بدرجة تضايقني عدة أيام كل اسبوع .

٢٠- اجد صعوبة" في تركيز ذهني اثناء قيامي بعمل ما .

٢١- مررت في حياتي بخبرات (تجارب) كثيرة كانت غريبة ومتنوعة .

٢٢- يضمر (يخبىء) الناس لي العداوة وهذا يجعلني اقل نجاحا بكثير مما انا عليه .

٢٣- ينتابني القلق على صحتي في احيان قليلة .

٢٤- أفضل في جميع الاوقات أن اجلس واسرح بخيالي بدل القيام بأي عمل آخر .

٢٥- في كثير من الاحيان أفقد القدرة على الاهتمام بما حولي لانني لم أستطع مواصلة نشاطي.

٢٦- في أحيان كثيرة يظهر ابي وامي عيوبي ويتحدثون عنها بدون وجه حق .

٢٧- نومي مضطرب وقلق .

٢٨- صحتي الجسمية مثلُ صحةِ معظمِ أصدقائي في الجوده (القـوة)

٢٩- لقد تولّيتُ في أكثرِ من مرةٍ بعثَ المرحِ (السـرورِ) في حفلٍ ممل .

٣٠- أسرتي لا توافقُ على نوعِ الدراسةِ ونوعِ العملِ الذى أنوي اتخاذه مهنةً لي في المستقبل.

٣١- أفضّلُ أنْ أتجاهلَ أصدقاءَ المدرسةِ أو المعارفِ الذين لَمْ أرَهم منذ مدةٍ طويلةٍ ولا أُبادرهم بالكلامِ الا اذا هُمْ بادروني بالكلام أولاً .

٣٢- تُصيبني أحياناً " آلامٌ في القلبِ او في الصدر .

٣٣- علاقتي بوالدي طيبةٌ في العاده .

٣٤- إنني سهلُ الاختلاط بالنـاس .

٣٥- في كثيرٍ من الاوقاتِ أشعرُ في بعضِ أجزاءِ جسمي بما يُشبهُ الاحتراقَ أو القشعريرةَ أوالتنميلُ أو التـخـديـر .

٣٦- أبقى أحياناً " مثابراً " على عملي أومتمسكاً " برأيي حتى لو وَجَدتُ أنّ من حولي تضايقَ مني الى حدِ أنهُ قد فقدَ صبره معي .

٣٧- أتمنى لو كنتُ سعيداً " كما يبدو الاخرون .

٣٨- سبقَ وأنْ قُمتُ بوضعِ خططٍ لاعمالِ أشخاصٍ آخرين وأحياناً " كنت أقومُ بالإشرافِ على أعمالهم.

٣٩- أشعر أحياناً " بالمٍ في الناحيةِ الخلفيةِ من العنق .

٤٠- تصيبني آلامٌ في المعدةِ كل بضعةِ أيام .

٤١- إن مرضَ بعضِ أفرادِ أسرتي وموتُ بعضهم الآخرهو السببُ في جعلِ حياتي المنزلية تعيسة .

٤٢- أشعرُ بالحزنِ والانقباضِ في معظم الأوقات .

٤٣- من السهلِ أن يهزمني الآخرونَ في المناقشـةِ .

٤٤- من المؤكدِ أنني قليلُ الثقةِ بالنفس .

٤٥- اقناعُ الناسِ بالصواب يتطلبُ مجهوداً " كبيراً " .

٤٦- أتضايقُ حينَ يجعلني الاخرون موضوعاً " لمزاحهم .

٤٧- إنني أعرفُ الاجابةَ على كثيرٍ من أسئلةِ المدرسِ في الفصلِ ولكنني لا أستطيعُ الاجابةَ حينَ يُطلَبُ مني ذلك بسببِ خوفي من الكلامِ أمامَ الفصل.

٤٨- أعملُ أشياءَ كثيرة أندمُ عليها فيما بعد .

٤٩- مشاجراتي قليلةٌ جداً " مع أفرادِ أسرتي .

٥٠- تنتابني أحياناً " رغبةٌ قوية " في القيامِ بعمل يَضُرُّ الاخرينَ أو يصدمهم .

٥١- لقد كانت قلة المال سبباً في جعل حياتي المنزلية سيئة .

٥٢- أحب الذهاب الى الحفلات أو الاجتماعات التي أجد فيها الكثير من اللعب والمرح .

٥٣- واجهتني مشكلات لم أستطع أن أقرر شيئاً بشأنها لتوفر حلول كثيرة لها .

٥٤- أشد المعارك عندي هي المعركة مع نفسي .

٥٥- أنكر أحياناً من تقلصات تصيب معدتي .

٥٦- ظهرت كثيراً أمام المجتمعات العامة .

٥٧- أشعر في معظم الأحيان أنني قد ارتكبت خطأ أو قمت بعمل فيه شر .

٥٨- أشعر بالسعادة في معظم الاوقات .

٥٩- أحد أبو اي سريع الاستثارة والتهيج والغضب .

٦٠ - في كثير من الأحيان أشعر وكأن رأسي سينفجر .

٦١- إن الناس الذين يبالغون في فرض آرائهم وسيطرتهم على الآخرين يجعلونني أشعر برغبة في مخالفتهم حتى ولو كانوا على حق .

٦٢- بعض الناس يضمر (يخبئ) لي في نفسه شراً .

٦٣- لقد قمت بعمل فيه خطر لمجرد الإثارة ولفت إنتباه الناس لي .

٦٤- أشعر غالباً بضغط شديد حول رأسي .

٦٥- من الصعب جداً أن أتكلم أمام مجموعة كبيرة من الناس .

٦٦- أعتقد أن الناس أمناء بسبب خوفهم من أن يكتشف الاخرون امرهم .

٦٧- لقد تغير صوتي عما كان عليه من قبل (لقد صار أسرع أو أبطأ أو أكثر حشرجة من ذي قبل) .

٦٨- أعتقد أن هناك مؤامرة تدبر ضدي .

٦٩- إنني مثل معظم الناس المحيطين بي في النباهة والمقدرة .

٧٠- تقع مشاحنات ومشاجرات كثيرة بين أفراد أسرتي .

٧١- أعتقد أن هناك من يتتبعني (يسير ورائي)

٧٢- أكثر الناس يستخدمون وسائل غير سليمة للحصول على كسب أو منفعة ، بدلاً من ترك الفرصة تضيع عليهم .

٧٣- تتعبني معدتي في أحيان كثيرة .

٧٤- إنني أعرف من هو المسئول عن معظم متاعبي .

٧٥- أشعر بسرور كبير في الحفلات اذا أتيحت لي فرصة الاختلاط بالناس .

٧٦- حدث لي أحياناً أن تقيأت دماً (طرشت دماً) .

٧٧- تتواردُ الافكارُ في ذهني احيانا" باسرع مما استطيعُ التعبيرَ عنه .

٧٨- اختلفُ كثيرا" مع أحدِ والديَّ حولَ الطريقةِ التي يجبُ أنْ تتمَ فيها اعمالُ المنزل .

٧٩- النقدُ أو اللومُ يجرحانِ إحساسي الى حدٍ كبير .

٨٠- اشعرُ شعورا" قويا" في بعض الأحيان انني عديمُ الفائدة .

٨١- كانَ لي في طفولتي مجموعةٌ من الرفاقِ متفقةٌ في السرّاء والضرّاء .

٨٢- أعتقدُ أنَّ حياتي المنزلية تعادلُ من حيث السعادة حياة معظمِ الناسِ الذين اعرفهم .

٨٣- فقدتُ الكثيرَ من الفرصِ لأنني لم أستطع أن أحددَ الأمورَ بصورةٍ قاطعة .

٨٤- اذا أردتُ شيئا" من شخصٍ لا أعرفهُ معرفةً جيدة فانني افضلُ أنْ اكتبَ اليه خطابا" بدلَ الذهابِ اليه شخصيا" لأطلبَ منه ما أُريد .

٨٥- افقدُ صبري اذا قاطعني الناسُ أثناء اشتغالي بأمرٍ هام .

٨٦- أنامُ في معظم الأحيان دون أنْ تاتيني افكارٌ تضايقني .

٨٧- كانتْ صحتي خلالَ السنوات القليلةِ الماضيةِ جيدةً عموما" .

٨٨- إن والِدَيَّ متشددانِ معي اكثرَ مما يجب .

٨٩- وزني يَزيدُ وينقص .

٩٠- مرّتْ بي فتراتٌ كنتُ اقومُ فيها بأفعالٍ دونَ أنْ اعرفَ بعدَ ذلكَ ماذا كنتُ أفعل .

٩١- أشعرُ بانني عوقبتُ كثيرا" دونَ سبب .

٩٢- أبكي بسهولة .

٩٣- اصابُ بالاضطرابِ والترددِ حينَ التقي باشخاصٍ لأولِ مرة .

٩٤- أشعرُ احيانا" أنَّ قمةَ راسي رخوة" (لينة") .

٩٥- أتعبُ بسرعة .

٩٦- أهتمُ كثيرا" بما يَظُنُهُ الناسُ عني .

٩٧- يضايقني أنْ اقومَ بدورِ المهرجِ في حفلةٍ حتى ولو كانَ الآخرونَ يقومون بالشئ نفسه .

٩٨- أُحب امي اكثرَ من أبي .

٩٩- سبقَ لي أنْ أُصِبْتُ بدوخةٍ فيما مضى .

١٠٠- يبدو أنَّ ذاكرتي جيدة .

١٠١- أجدُ صعوبةً في التحدثِ مع الناسِ اذا كانتْ معرفتي بهم حديثة .

١٠٢- أشعرُ برغبةٍ في القيامِ بعملٍ مثيرٍ حينَ ينتابني الضيقُ أو المللُ.

١٠٣- أتولى أحياناً الرئاسةَ في بعضِ الأعمالِ أو المهماتِ الاجتماعيه .

١٠٤- أخشى منَ الاصابةِ بالجنون .

١٠٥- أستطيعُ القراءه مدةً طويلةً دونَ أنْ تتعب عيناى.

١٠٦ - أشعرُ في معظمِ الأوقاتِ بضعفٍ عام .

١٠٧- تُسَبِبُ ليَ تصرفاتُ أحدُ والديَّ خوفاً شديداً .

١٠٨- أصابُ بالصداعِ أحياناً قليلة .

١٠٩- أجدُ أحياناً صعوبة في حفظِ توازني في المشي.

١١٠- أشكو من نوباتِ السعالِ الشديدِونوباتِ الزكام .

١١١- أفقدُ أحياناً السيطرةَ على حركاتي أو كلامي وإن كنتُ أشعرُ بما يدورُ حولي .

١١٢- أتمنى لو أنني لستُ خجولاً الى هذا الحد.

١١٣- إذا حضرتُ الى اجتماعٍ متأخراً فانني افضلُ مغادرتَهُ بدلَ الجلوسِ في مقعدٍ أمامَ الناس.

١١٤- أهلي يعاملونني كما يُعَامَلُ الطفلُ لا كما يُعَامَلُ الشاب .

١١٥- هناك قليلٌ جداً من الحب والتآخي في عائلتي اذا قورنت بالعائلاتِ الأخرى.

١١٦- علاقتي بوالدتي حسنة .

١١٧- أجد صعوبةً في طلبِ المعونةِ من أصدقائي حتى ولو كُنْتُ أستطيعُ ردَّ الجميل.

١١٨- يعترضُ والدِي كثيراً على نوعِ الأصدقاءِ الذينَ أرافقهم .

١١٩- لبعضِ أفرادِ أسرتي عاداتٌ تضايقني مضايقةً شديدة .

١٢٠- أشعرُ أحياناً أنني أستطيعُ إتخاذَ القراراتِ بسهولةٍ غير عاديه .

١٢١- أكونُ مركزَ الاهتمامِ والتكريمِ في الحفلاتِ في أحيانَ كثيره .

١٢٢- أُصِبْتُ في الماضي بزيادةٍ في ضرباتِ القلبِ وأحياناً بضيق في التنفس.

١٢٣- في بعضِ الأحيان أعترضُ على بعضِ الناسِ أو أمنعهم من القيامِ بأعمالٍ معينه ،لا لشيءٍ وإنما لأنَّ المبادئَ والأصولَ والأخلاقَ تقتضي ذلك .

١٢٤- أغضبُ بسهولةٍ لكنني أعودُ الى حالتي الطبيعيةِ بسرعه .

١٢٥- تمرُّ بي فترات من عدمِ الاستقرارِ والقلقِ تجعلني لا أستطيعُ البقاءَ طويلاً في مكان واحد.

١٢٦- أَحَدُ والديَّ سريعُ الغضب.

١٢٧- أهتمُ بمظهري .

١٢٨- أحلمُ بأشياءَ أفضّلُ الاحتفاظَ بها لنفسي ولا أحدّثُ بها الآخرين.

١٢٩- أشكو في أحيانٍ قليلةٍ من بعضِ الآلام .

١٣٠- أفضلُ أن يكونَ لي عددٌ قليلٌ من الأصدقاءِ المخلصين ، أكثرَ مما أفضلُ معرفةَ عددٍ كبيرٍ من الأشخاصِ معرفةً سطحية .

١٣١- يُسيءُ الآخرونَ عادةً فَهْمَ طريقتي في التصرف .

١٣٢- يُبالغُ والدايَ وعائلتي في تصويرِ عيوبي .

١٣٣- أشعرُ أحياناً بسعادةٍ وانشراحٍ كبيرين بدونِ أي سببٍ حتى وَلَوْ كانتِ الأمورُ تسيرُ على غيرِ ما أشتهي .

١٣٤- يتوقفُ نشاطي في بعضِ الفتراتِ ولا أشعرُ فيها بما يدورُ حولي .

١٣٥- أعرقُ بسهولةٍ حتى في الجو البارد .

١٣٦- يوجدُ في بيتنا منذ زمنٍ بعيدٍ وباستمرار جميعُ الأشياءِ الضرورية للمعيشة .

١٣٧- أغضبُ وأنرفزُ مرةً أو أكثرَ في الأسبوع .

١٣٨- حينَ أكونُ مع مجموعةٍ من الناسِ فإنني أجدُ صعوبةً في إيجادِ موضوعاتٍ مناسبةٍ للحديثِ معهم .

١٣٩- يُنقذني غالباً شيءٌ مثيرٌ من حالاتِ الاكتئابِ (الانقباضِ) التي أقعُ فيها .

١٤٠- ألومُ الشخصَ الذي يستغلُ طيبةَ وسذاجةَ الناسِ الآخرين .

١٤١- أفقدُ الاحساسَ في منطقةٍ أو أكثرَ من جلدي .

١٤٢- بصري الآن أضعف مما كانَ عليه منذُ عدةِ سنوات .

١٤٣- حين أكون مع مجموعةٍ من الأشخاصِ فانني أشعرُ بالحرجِ اذا اضطررتُ للاستئذانِ منهم بالانصراف .

١٤٤- أشعرُ أن شخصاً ما يُسيطرُ على عقلي .

١٤٥- أشعرُ أحياناً بطنينٍ أو رنينٍ في أذني .

١٤٦- أشعرُ من حينٍ لآخرَ بكراهيةٍ نحوَ أفرادِ أسرتي التي أحبها في العاده .

١٤٧- أعتبرُ والديَّ مثلي الأعلى في الرجولة .

١٤٨- أنا واثقٌ من أنَّ الناسَ يتكلمونَ عني في غيابي .

١٤٩- أعملُ وأعصابي مشدودة جداً .

١٥٠- سبقَ لي أن شعرتُ بأنَّ شخصاً ما يَدفعُني للقيامِ بأعمالٍ دونَ أن أدري .

١٥١- أميلُ الى البقاءِ في المؤخرةِ أو على الهامشِ في الحفلات .

١٥٢- اشعرُ أنّ شخصاً ما يحاولُ أن يؤثرَ على عقلي .

١٥٣- لقدْ خالفتُ النظامَ اكثرَ من مرةٍ .

١٥٤- نَقْدُ احد والديَّ لمظهري الشخصي يُسَبِبُ لي التعاسةَ .

١٥٥- تمرُ بي فتراتٌ اشعرُ فيها بالفرحِ والسعادةِ دونَ أنْ اعرفَ السببَ

١٥٦- أجدُ الحياةَ في معظمِ الأوقاتِ صعبةً بالنسبةِ لي .

١٥٧- أجد صعوبة في التحدث أمام الفصل .

١٥٨- في معظم الأيام أشعر بالوحدة حتى لو كنت مع آخرين .

١٥٩- أنزعجُ كثيراً حين يناديني المدرسُ بشكلٍ مفاجيءٍ للاجابةِ على سؤال .

١٦٠- اشعرُ بانني اكوّنُ صداقاتي بنفسِ السرعةِ التي يكوّنُ بها الآخرون صداقاتهم .

١٦١- اعتقدُ انَّ كلَّ شخصٍ تقريباً قد يكذب ليتجنب الوقوعَ في المشكلات .

١٦٢- من السهلِ أن يُحْرِجَني الآخرون .

١٦٣- تُصيبني من حينٍ لآخرَ نوباتٌ من الضحكِ والبكاءِ لا أستطيعُ السيطرةَ عليها .

١٦٤- كانَ أبي وامي يُرغماني على الطاعةِ أحياناً . على الرغمِ منْ علمي بأنَّ الامرَ الذى أطيعهُ غيرُ معقول .

١٦٥- أشمُّ أحياناً روائحَ غريبةً .

١٦٦- أبي وامي منفصلان عن بعضهما بصورةٍ دائمةٍ .

١٦٧- يَنفذُ صبري واتضايقُ بسهولةٍ من الناس .

١٦٨- يُصبحُ سمعي حساساً في بعضِ الأحيان لدرجةٍ تضايقني .

١٦٩- لي اعداءٌ يريدونَ ضرري .

١٧٠- اجدُ صعوبةً كبيرةً في بَدْءِ الحديثِ مع شخصٍ غريب .

١٧١- اميلُ الى الحذرِ من الناسِ الذينَ يُظهرونَ صداقةً اكثرُ مما اتوقعُ منهم .

١٧٢- عندي أفكارٌ غريبةٌ وغيرُ عاديه .

١٧٣- كان أبي وامي يعاقباني كثيراً حينما كانَ سني بين العاشرةِ والخامسة عشرة .

١٧٤- سبقَ لي أنْ خِفتُ من امورٍ او من اشخاصٍ كنتُ اعلمُ انهم لا يستطيعونَ أن يضروني .

١٧٥- أشعرُ بالخوف عند الدخولِ بمفردى الى حجرةٍ بها اناسٌ يتحدثون .

١٧٦- اجدُ صعوبةً في تركيزِ تفكيرى .

١٧٧- سبق لي عدة مرات أن امتنعت عن القيام بعمل لاعتقادي بأنني غير قادر على القيام به .

١٧٨- تطرأ على فكري أحياناً كلمات بذيئة أو مخجلة لا أستطيع التخلص منها .

١٧٩- أشعر بالقلق والاضطراب والخوف عندما أقوم بالتسميع أو الالقاء في الفصل .

١٨٠- تستولي علي أحياناً فكرة تافهة وتظل تضايقني عدة أيام .

١٨١- يحدث في كل يوم تقريباً ما يسبب لي الخوف .

١٨٢- يقول الناس عني أشياء مهينة وشنيعة .

١٨٣- أحد والدي عصبي جداً .

١٨٤- أشعر بارتياح وأنا في بيتي .

١٨٥- درجة فهمي لما أقروءه الآن أقل مما كانت عليه في السابق .

١٨٦- أتردد كثيراً قبل القيام بعملية التسميع أو الالقاء في الفصل .

١٨٧- أميل الى الاهتمام بعدة هوايات مختلفة في الوقت الواحد بدلاً من التعلق بواحدة منها فقط لمدة طويلة

١٨٨- حين أمنع شخصاً من ارتكاب خطأ ما فإنه كثيراً ما يُفهم تصرفي هذا بشكل خاطيء، وهذا يؤذي شعوري .

١٨٩- لو أتيحت لي الفرصة لاستطعت القيام بأعمال عظيمة تفيد العالم .

١٩٠- عند سماعي بنجاح شخص أعرفه معرفة جيدة أشعر كما لو أن نجاحه فشلاً بالنسبة لي .

١٩١- يفرض أحد والدي سيطرته علي أكثر من اللازم .

١٩٢- أتضايق حين يلاحظني شخص ما أثناء العمل حتى ولو كنت أعرف أنني أستطيع القيام بهذا العمل على الوجه الاكمل .

١٩٣- أشعر بالحرج بسبب نوع المهنة التي يشتغل بها واحد أو أكثر من أفراد أسرتي .

١٩٤- أستمتع بالاجتماعات لمجرد رغبتي في الوجود مع الناس .

١٩٥- عندما أركب في الأتوبيسات والسيارات العامه فانني أتحدث الى الركاب .

١٩٦- سبق لي أن لاحظت دماً في بولي .

١٩٧- أعتقد أن حاسة الشم عندى أقل منها عند بقية الناس .

١٩٨- أشعر بحرج عندما أكون في مجتمع ويُطلب مني أن أبدأ مناقشة أو أُبدي رأيي في شيء أعرفه معرفة جيدة .

١٩٩- أتجشأ كثيراً وهذا يسبب لي الضيق .

٢٠٠- في أحيان كثيرة كنت آخر مَنْ يتوقف عن محاولة أداء عمل ما .

٢٠١- ينتابني في معظم الأحيان شعور بأن شيئاً فظيعاً على وشك الحدوث .

٢٠٢- أشعر بالتعب في معظم الوقت .

٢٠٣- أنسى ما يُقال لي في الحال .

انتهـــــــى .

ملحق (ب)

١- مفتاح تصحيح الانتماء الأسري .

مقياس ملك للشخصية
ورقة الإجابة

تسلسل

الاسم : ____________

العمر : ________ المدرسة ________

الصف والفصل : ______ تاريخ التطبيق ______

العبارة	نعم	لا
1	○	○
2	●	○
3	○	○
4	○	○
5	○	○
6	○	○
7	○	○
8	○	○
9	○	○
10	●	○
11	○	○
12	○	○
13	○	○
14	●	○
15	●	○
16	●	○
17	○	○
18	○	○
19	○	○
20	○	○
21	○	○
22	○	○
23	○	○
24	○	○
25	○	○
26	●	○
27	○	○
28	○	○
29	○	○
30	●	○
31	○	○
32	○	○
33	○	●
34	○	○
35	○	○
36	○	○
37	○	○
38	○	○
39	○	○
40	○	○
41	●	○
42	○	○
43	○	○
44	○	○
45	○	○
46	○	○
47	○	○
48	○	○
49	○	●
50	○	○
51	●	○
52	○	○
53	○	○
54	○	○
55	○	○
56	○	○
57	○	○
58	○	○
59	●	○
60	○	○
61	○	○
62	○	○
63	○	○
64	○	○
65	○	○
66	○	○
67	○	○
68	○	○
69	○	○
70	●	○
71	○	○
72	○	○
73	○	○
74	○	○
75	○	○
76	○	○
77	○	○
78	●	○
79	○	○
80	○	○
81	○	○
82	○	●
83	○	○
84	○	○
85	○	○
86	○	○
87	○	○
88	●	○
89	○	○
90	○	○
91	○	○
92	○	○
93	○	○
94	○	○
95	○	○
96	○	○
97	○	○
98	●	○
99	○	○
100	○	○
101	○	○
102	○	○
103	○	○
104	○	○
105	○	○
106	○	○
107	●	○
108	○	○
109	○	○
110	○	○
111	○	○
112	○	○
113	○	○
114	●	○
115	●	○
116	○	●
117	○	○
118	●	○
119	●	○
120	○	○
121	○	○
122	○	○
123	○	○
124	○	○
125	○	○
126	●	○
127	○	○
128	○	○
129	○	○
130	○	○
131	○	○
132	○	○
133	●	○
134	○	○
135	○	○
136	●	○
137	○	○
138	○	○
139	○	○
140	○	○
141	○	○
142	○	○
143	○	○
144	○	○
145	○	○
146	●	○
147	●	○
148	○	○
149	○	○
150	○	○
151	○	○
152	○	○
153	○	○
154	●	○
155	○	○
156	○	○
157	○	○
158	○	○
159	○	○
160	○	○
161	○	○
162	○	○
163	○	○
164	●	○
165	○	○
166	●	○
167	○	○
168	○	○
169	○	○
170	○	○
171	○	○
172	○	○
173	●	○
174	○	○
175	○	○
176	○	○
177	○	○
178	○	○
179	○	○
180	○	○
181	○	○
182	○	○
183	●	○
184	○	○
185	○	○
186	○	○
187	○	○
188	○	○
189	○	○
190	○	○
191	●	○
192	○	○
193	●	○
194	○	○
195	○	○
196	○	○
197	○	○
198	○	○
199	○	○
200	○	○
201	○	○
202	○	○
203	○	○

٢- مفتاح تصحيح الاجتماعية

مقياس ملة للشخصية

ورقة الإجابة

الاسم: ____________

العمر: ______ المدرسة: ______

الصف والفصل: ______ تاريخ التطبيق: ______

تسلسل

رقم العبارة	الإجابة
١١	لا
١٨	لا
٢٩	لا
٣١	نعم
٣٨	لا
٤٧	نعم
٥٢	لا
٥٦	لا
٦٥	نعم
٧٥	لا
٧٩	نعم
٨٤	نعم
٩٣	نعم
٩٧	نعم
١٠١	نعم
١٠٣	لا
١١٢	نعم
١١٣	نعم
١١٧	نعم
١٢١	لا
١٣٠	نعم
١٣٨	نعم
١٤٣	نعم
١٥١	نعم
١٥٧	نعم
١٥٩	نعم
١٦٠	لا
١٦٢	نعم
١٧٠	نعم
١٧٥	نعم
١٧٩	نعم
١٨٦	نعم
١٩٤	لا
١٩٥	لا
١٩٨	نعم

٣٤٠

٢- مفتاح تصحيح الاتساع الذاتي

مقياس مكة للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ______

العمر: ______ المدرسة: ______

الصف والفصل: ______ تاريخ التطبيق: ______

تسلسل

الإجابة	أرقام البنود
نعم	١٣، ١٩، ٢٤، ٢٧، ٣٢، ٤٢، ٤٨، ٦٠، ٧٩، ٩٢، ٩٥، ٩٩، ١١٠، ١١٢، ١٢٢، ١٢٤، ١٤٢، ١٤٩، ١٥٠، ١٥٨، ١٧٤، ١٧٧، ١٨٠، ١٩٠، ١٩٩، ٢٠١، ٢٠٢
لا	٣، ٤، ٩، ٢٣، ٥٨، ٨٦، ٨٧، ١٠٥

٤- مفتاح تصحيح توهم المرض

الاسم: ____________________

العمر: __________ المدرسة: __________

الصف والفصل: __________ تاريخ التطبيق: __________

مقياس ملك للشخصية
ورقة الإجابة

تسلسل

رقم البند	نعم	لا
٣		●
٤		●
٥		●
٩		●
١٣	●	
١٩	●	
٢٧	●	
٢٨		●
٣٢	●	
٣٥	●	
٣٩	●	
٤٠	●	
٥٥	●	
٦٠	●	
٦٤	●	
٧٣	●	
٧٦	●	
٨٧		●
٨٩	●	
٩٤	●	
٩٥	●	
٩٩	●	
١٠٥		●
١٠٦	●	
١٠٨		●
١٠٩	●	
١٢٢	●	
١٢٩	●	
١٤١	●	
١٤٢	●	
١٤٥	●	
١٩٦	●	
١٩٧	●	
١٩٩	●	
٢٠٢	●	

٥- مفتاح تصحيح الاكتئاب

مقياس مكة للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ________
العمر: ________ المدرسة: ________
الصف والفصل: ________ تاريخ التطبيق: ________

تسلسل

	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦
نعم	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○
لا	●	○	○	●	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○

	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢
نعم	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	●	○	○	○	○	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○

	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨
نعم	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	●	○	○

	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠	١٠١	١٠٢	١٠٣	١٠٤
نعم	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●
لا	○	○	○	○	○	○	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○

	١٠٥	١٠٦	١٠٧	١٠٨	١٠٩	١١٠	١١١	١١٢	١١٣	١١٤	١١٥	١١٦	١١٧	١١٨	١١٩	١٢٠	١٢١	١٢٢	١٢٣	١٢٤	١٢٥	١٢٦	١٢٧	١٢٨	١٢٩	١٣٠
نعم	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	●	○	○

	١٣١	١٣٢	١٣٣	١٣٤	١٣٥	١٣٦	١٣٧	١٣٨	١٣٩	١٤٠	١٤١	١٤٢	١٤٣	١٤٤	١٤٥	١٤٦	١٤٧	١٤٨	١٤٩	١٥٠	١٥١	١٥٢	١٥٣	١٥٤	١٥٥	١٥٦
نعم	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	○	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○

	١٥٧	١٥٨	١٥٩	١٦٠	١٦١	١٦٢	١٦٣	١٦٤	١٦٥	١٦٦	١٦٧	١٦٨	١٦٩	١٧٠	١٧١	١٧٢	١٧٣	١٧٤	١٧٥	١٧٦	١٧٧	١٧٨	١٧٩	١٨٠	١٨١	١٨٢
نعم	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	١٨٣	١٨٤	١٨٥	١٨٦	١٨٧	١٨٨	١٨٩	١٩٠	١٩١	١٩٢	١٩٣	١٩٤	١٩٥	١٩٦	١٩٧	١٩٨	١٩٩	٢٠٠	٢٠١	٢٠٢	٢٠٣
نعم	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
لا	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

٦- مفتاح تصحيح الهستيريا.

الاسم: ______
العمر: ______ المدرسة: ______
الصف والفصل: ______ تاريخ التطبيق: ______

مقياس ملة للشخصية
ورقة الإجابة

تسلسل

البند	نعم	لا
١	○	●
٢	○	○
٣	○	●
٤	○	●
٥	○	●
٦	○	○
٧	○	○
٨	○	○
٩	○	○
١٠	○	○
١١	○	○
١٢	○	○
١٣	●	○
١٤	○	○
١٥	○	○
١٦	○	●
١٧	○	○
١٨	○	○
١٩	○	○
٢٠	●	○
٢١	○	○
٢٢	○	○
٢٣	○	○
٢٤	○	○
٢٥	○	○
٢٦	○	○
٢٧	●	○
٢٨	○	●
٢٩	○	○
٣٠	○	○
٣١	○	○
٣٢	●	○
٣٣	○	○
٣٤	○	○
٣٥	○	○
٣٦	○	○
٣٧	○	○
٣٨	○	○
٣٩	○	○
٤٠	○	○
٤١	○	○
٤٢	●	○
٤٣	○	○
٤٤	○	○
٤٥	○	●
٤٦	○	○
٤٧	○	○
٤٨	○	○
٤٩	○	○
٥٠	○	○
٥١	○	○
٥٢	○	○
٥٣	○	○
٥٤	○	○
٥٥	●	○
٥٦	○	○
٥٧	○	○
٥٨	○	●
٥٩	○	○
٦٠	○	○
٦١	○	●
٦٢	○	○
٦٣	○	○
٦٤	●	○
٦٥	○	○
٦٦	○	○
٦٧	○	○
٦٨	○	○
٦٩	○	○
٧٠	○	○
٧١	○	○
٧٢	○	●
٧٣	○	○
٧٤	○	○
٧٥	○	○
٧٦	○	○
٧٧	○	○
٧٨	○	○
٧٩	○	○
٨٠	○	○
٨١	○	○
٨٢	○	○
٨٣	○	●
٨٤	○	●
٨٥	○	○
٨٦	○	○
٨٧	○	●
٨٨	○	○
٨٩	○	○
٩٠	○	○
٩١	○	○
٩٢	○	○
٩٣	○	○
٩٤	○	○
٩٥	●	○
٩٦	●	○
٩٧	○	○
٩٨	○	○
٩٩	●	○
١٠٠	○	○
١٠١	○	●
١٠٢	○	○
١٠٣	○	○
١٠٤	○	○
١٠٥	○	●
١٠٦	●	○
١٠٧	○	○
١٠٨	○	●
١٠٩	●	○
١١٠	○	○
١١١	○	○
١١٢	○	●
١١٣	○	○
١١٤	○	○
١١٥	○	○
١١٦	○	○
١١٧	○	○
١١٨	○	○
١١٩	○	○
١٢٠	○	○
١٢١	○	○
١٢٢	●	○
١٢٣	○	○
١٢٤	○	●
١٢٥	●	○
١٢٦	○	○
١٢٧	○	○
١٢٨	○	○
١٢٩	●	○
١٣٠	○	○
١٣١	○	○
١٣٢	○	○
١٣٣	○	○
١٣٤	○	○
١٣٥	○	○
١٣٦	○	○
١٣٧	○	○
١٣٨	○	●
١٣٩	○	○
١٤٠	○	○
١٤١	○	○
١٤٢	●	○
١٤٣	○	○
١٤٤	○	○
١٤٥	○	○
١٤٦	○	○
١٤٧	○	○
١٤٨	○	○
١٤٩	○	○
١٥٠	○	○
١٥١	○	○
١٥٢	○	○
١٥٣	○	○
١٥٤	○	○
١٥٥	○	○
١٥٦	○	○
١٥٧	○	○
١٥٨	○	○
١٥٩	○	○
١٦٠	○	○
١٦١	○	○
١٦٢	○	○
١٦٣	○	○
١٦٤	○	○
١٦٥	○	○
١٦٦	○	○
١٦٧	○	○
١٦٨	○	○
١٦٩	○	○
١٧٠	○	○
١٧١	○	○
١٧٢	○	○
١٧٣	○	○
١٧٤	○	○
١٧٥	○	○
١٧٦	○	○
١٧٧	○	○
١٧٨	○	○
١٧٩	○	○
١٨٠	○	○
١٨١	○	○
١٨٢	○	○
١٨٣	○	○
١٨٤	○	○
١٨٥	○	○
١٨٦	○	○
١٨٧	○	○
١٨٨	○	○
١٨٩	○	○
١٩٠	○	○
١٩١	○	○
١٩٢	○	○
١٩٣	○	○
١٩٤	○	○
١٩٥	○	○
١٩٦	○	○
١٩٧	○	○
١٩٨	○	○
١٩٩	○	○
٢٠٠	○	○
٢٠١	○	○
٢٠٢	○	○
٢٠٣	○	○

٧- مفتاح تصحيح البارانويا

مقياس ملة للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ____________

العمر: ________ المدرسة: ________

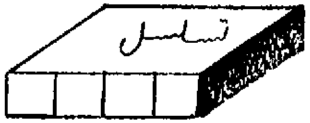
الصف والفصل: ________ تاريخ التطبيق: ________

الإجابة	أرقام العبارات المظللة
نعم	٨، ١٤، ١٧، ٢٢، ٦٢، ٦٣، ٦٨، ٧١، ٧٤، ٩١، ٩٢، ١٤٤، ١٤٥، ١٤٨، ١٥٠، ١٥٢، ١٥٣، ١٥٨، ١٦٣، ١٦٨، ١٦٩، ١٨٢، ١٨٩، ١٩٢، ١٩٣، ٢٠١
لا	٥٨، ٦١، ٦٦، ٧٢، ١٣٩، ١٦١، ١٦٤، ١٧١، ١٨٤

٨- مفتاح تصحيح القصاص

الاسم: ______
العمر: ______ المدرسة: ______
الصف والفصل: ______ تاريخ التطبيق: ______

مقياس كاتل للشخصية
ورقة الإجابة



٩- مفتاح تصحيح العصاب

مقياس ملة للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ______
العمر: ______ المدرسة: ______
الصف والفصل: ______ تاريخ التطبيق: ______

البنود	نعم	لا
١ – ٢٦	٧، ١٢، ٢٤، ٢٥	
٢٧ – ٥٢	٣١، ٤٢، ٥٠	
٥٣ – ٧٨	٥٥، ٦٧، ٦٨	
٧٩ – ١٠٤	٩٠، ٩١، ١٠٤	١٠٠
١٠٥ – ١٣٠	١٠٩، ١١١، ١١٤، ١٢٥، ١٢٨	
١٣١ – ١٥٦	١٣٤، ١٣٧، ١٤١، ١٤٥، ١٤٦، ١٥٠، ١٥٦	
١٥٧ – ١٨٢	١٦٥، ١٦٨، ١٧٢، ١٧٤، ١٧٦، ١٨١، ١٨٢	١٦٠
١٨٣ – ٢٠٣	١٨٥	

١٠- مفتاح تصحيح المقياس

مقياس ملكة للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ________________

العمر: ________ المدرسة: ________

الصف والفصل: ________ تاريخ التطبيق: ________

تسلسل

رقم العبارة	الإجابة
٦	نعم
١٠	نعم
١٢	نعم
٣٦	نعم
٥٠	نعم
٥٣	نعم
٦١	نعم
٦٣	نعم
٦٧	نعم
٧٤	نعم
٧٧	نعم
٨١	نعم
٨٥	لا
٩٠	نعم
٩١	نعم
٩٧	لا
١٠١	لا
١٠٢	نعم
١١١	نعم
١١٤	نعم
١١٧	لا
١١٩	نعم
١٢٠	نعم
١٢٣	نعم
١٢٥	نعم
١٢٧	لا
١٣٤	نعم
١٣٥	نعم
١٣٧	نعم
١٣٨	لا
١٣٩	نعم
١٤٠	لا
١٨٧	نعم
١٨٨	نعم
٢٠٠	نعم

١١- مفتاح تصحيح الانحراف السيكوباتي

الاسم: ____________

العمر: ________ المدرسة: ________

الصف والفصل: ________ تاريخ التطبيق: ________

مقياس مكلة للشخصية
ورقة الإجابة

تسلسل

رقم	نعم	لا
١	○	●
٢	○	○
٣	○	○
٤	○	○
٥	○	○
٦	○	○
٧	○	○
٨	●	○
٩	○	○
١٠	●	○
١١	○	○
١٢	○	○
١٣	○	○
١٤	●	○
١٥	○	○
١٦	○	○
١٧	○	○
١٨	○	○
١٩	○	○
٢٠	●	○
٢١	●	○
٢٢	●	○
٢٣	○	○
٢٤	○	○
٢٥	○	○
٢٦	○	○
٢٧	○	○
٢٨	○	○
٢٩	○	○
٣٠	●	○
٣١	○	○
٣٢	○	○
٣٣	○	○
٣٤	○	○
٣٥	○	○
٣٦	○	○
٣٧	●	○
٣٨	○	○
٣٩	○	○
٤٠	○	○
٤١	○	○
٤٢	○	○
٤٣	○	●
٤٤	○	○
٤٥	○	○
٤٦	●	○
٤٧	○	○
٤٨	●	○
٤٩	○	●
٥٠	○	○
٥١	○	○
٥٢	○	○
٥٣	○	○
٥٤	●	○
٥٥	○	○
٥٦	○	○
٥٧	●	○
٥٨	○	●
٥٩	○	○
٦٠	○	○
٦١	○	○
٦٢	●	○
٦٣	○	○
٦٤	○	○
٦٥	○	○
٦٦	○	○
٦٧	○	○
٦٨	○	○
٦٩	○	○
٧٠	○	○
٧١	○	○
٧٢	○	○
٧٣	○	○
٧٤	●	○
٧٥	○	○
٧٦	○	○
٧٧	○	●
٧٨	○	○
٧٩	○	○
٨٠	○	○
٨١	○	○
٨٢	○	●
٨٣	○	○
٨٤	○	○
٨٥	○	○
٨٦	○	○
٨٧	○	○
٨٨	○	○
٨٩	●	○
٩٠	○	○
٩١	○	○
٩٢	○	○
٩٣	○	○
٩٤	○	○
٩٥	○	○
٩٦	●	○
٩٧	○	●
٩٨	○	○
٩٩	○	○
١٠٠	○	○
١٠١	○	●
١٠٢	○	○
١٠٣	○	○
١٠٤	○	○
١٠٥	○	○
١٠٦	○	○
١٠٧	○	○
١٠٨	○	○
١٠٩	○	○
١١٠	○	○
١١١	○	○
١١٢	○	●
١١٣	○	○
١١٤	○	○
١١٥	●	○
١١٦	○	○
١١٧	○	○
١١٨	●	○
١١٩	○	○
١٢٠	○	○
١٢١	○	○
١٢٢	○	○
١٢٣	○	○
١٢٤	○	○
١٢٥	○	○
١٢٦	○	○
١٢٧	○	○
١٢٨	○	○
١٢٩	○	○
١٣٠	○	○
١٣١	●	○
١٣٢	●	○
١٣٣	○	●
١٣٤	○	○
١٣٥	○	○
١٣٦	○	○
١٣٧	○	○
١٣٨	○	●
١٣٩	○	○
١٤٠	○	○
١٤١	○	○
١٤٢	○	○
١٤٣	○	○
١٤٤	○	○
١٤٥	○	○
١٤٦	○	○
١٤٧	○	○
١٤٨	●	○
١٤٩	○	○
١٥٠	○	○
١٥١	○	○
١٥٢	○	○
١٥٣	●	○
١٥٤	○	○
١٥٥	○	●
١٥٦	○	○
١٥٧	○	○
١٥٨	○	○
١٥٩	○	○
١٦٠	○	○
١٦١	○	○
١٦٢	○	○
١٦٣	○	○
١٦٤	○	○
١٦٥	○	○
١٦٦	○	○
١٦٧	○	○
١٦٨	○	○
١٦٩	○	○
١٧٠	○	○
١٧١	○	○
١٧٢	○	○
١٧٣	○	○
١٧٤	○	○
١٧٥	○	○
١٧٦	○	○
١٧٧	○	○
١٧٨	○	○
١٧٩	○	○
١٨٠	○	○
١٨١	○	○
١٨٢	○	○
١٨٣	○	○
١٨٤	○	○
١٨٥	○	○
١٨٦	○	○
١٨٧	○	○
١٨٨	●	○
١٨٩	○	○
١٩٠	○	○
١٩١	○	○
١٩٢	○	○
١٩٣	○	○
١٩٤	○	○
١٩٥	○	○
١٩٦	○	○
١٩٧	○	○
١٩٨	○	○
١٩٩	○	○
٢٠٠	○	○
٢٠١	○	○
٢٠٢	○	○
٢٠٣	○	○

١٢- مفتاح تصحيح الانطواء الاجتماعي

مقياس كلية للشخصية
ورقة الإجابة

الاسم: ________________

العمر: ________ المدرسة: ________

الصف والفصل: ____ تاريخ التطبيق: ________

البنود	نعم	لا
١ – ٢٦	٢٠، ٢١	
٢٧ – ٥٢	٣٧، ٤٣، ٤٦	٣٤، ٥٢
٥٣ – ٧٨	٦٦، ٦٧، ٧٢	٦٣
٧٩ – ١٠٤	٧٩، ٨٣، ٩٧، ١٠١	٨١
١٠٥ – ١٣٠	١١٠، ١١٢	
١٣١ – ١٥٦	١٣٨، ١٤٥	١٥٥
١٥٧ – ١٨٢	١٥٧، ١٦١، ١٦٢، ١٦٧، ١٧٥، ١٧٧	١٦٠، ١٨٠
١٨٣ – ٢٠٣	١٩٠، ١٩٨، ٢٠٣	١٨٩، ١٩٤، ١٩٥

(١) البعد الأول : مقياس الانتماء الأسري :

ـ أشعر أحياناً أن أبي وأمي قد فقدا اهتمامهما بي .

١٠ـ أشعر من حين لآخر برغبة شديدة في ترك أسرتي والابتعاد عنها .

ـ إنني أفتقد إلى من يفهمني في هذه الحياة .

١٥ـ تسيطر والدتي على البيت .

ـ عندما أكون في مأزق (مشكلة) أشعر أن الأفضل لي أن أسكت ولا أتكلم .

٢٢ـ في أحيان كثيرة يظهر أبي وأمي عيوبي ويتحدثون عنها بدون وجه حق .

٣٠ـ أسرتي لا توافق على نوع الدراسة ونوع العمل الذي أنوي اتخاذه مهنة لي في المستقبل.

٣٣ـ علاقتي بوالدي طيبة في العادة .

٤٤ـ إن مرض بعض أفراد أسرتي وموت بعضهم الآخر هو السبب في جعل حياتي المنزلية تعيسة

٤٩ـ مشاجراتي قليلة جداً مع أفراد أسرتي .

٥٠ـ لقد كانت قلة المال سبباً في جعل حياتي المنزلية سيئة .

٥٩ـ أحد أبوي أو كلاهما سريع الاستثارة والتهيج والغضب .

٦٠ـ تقع مناقشات ومشاجرات كثيرة بين أفراد أسرتي .

٧٨ـ أختلف كثيراً مع أحد والدي حول الطريقة التي يجب أن تتم فيها أعمال المنزل .

ـ أعتقد أن حياتي المنزلية تعادل من حيث السعادة حياة معظم الناس الذين أعرفهم .

ـ إن والدي متشددان معي أكثر مما يجب .

ـ أحب أبي أكثر من أمي .

ـ تسبب لي تصرفات أحد والدي خوفاً شديداً .

ـ أهلي يعاملونني كما يعاملون الطفل لا كما يعاملون الشاب .

ـ هناك قليل جداً من الحب والتآلف في عائلتي إذا قورنت بالعائلات الأخرى.

ـ علاقتي مع والدتي حسنة .

ـ يعترض والدي كثيراً على نوع الأصدقاء الذين أرافقهم .

ـ بعض أفراد أسرتي عاداتهم تضايقني مضايقة شديدة .

ـ أحد والدي سريع الغضب.

ـ أشعر أحياناً بسعادة وانشراح كبيرين بدون أي سبب حتى ولو كانت الأمور تسير على غير ما أشتهي .

ـ يوجد في بيتنا منذ زمن بعيد نقص في جميع الأشياء الضرورية للمعيشة .

ـ أشعر من حين لآخر بكراهية نحو أحد أفراد أسرتي التي أحبها في العادة .

١٤٢ـ أعتبر والدي مثلي الأعلى في الرجولة .

١٥٤ـ يضايقني أحد والدي بمظهره الشخصي ويسبب لي الخجل .

١٦٤- كانَ أبي وأمي يُرغماني على الطاعةِ أحياناً على الرغمِ منْ علمي بأنَّ الأمرَ الذي أطيعهُ غيرُ معقولٍ .

١٦٦- أبي وأمي منفصلان عن بعضهما بصورةٍ دائمةٍ .

١٧٣- كان أبي وأمي يعاقباني كثيراً حينما كانَ سني بين العاشرةِ والخامسة عشرة .

١٨٣- أحدُ والديَّ عصبيٌّ جداً .

١٩١- يفرض أحدُ والديَّ سيطرتهُ عليَّ أكثر من اللازم .

١٩٣- أشعرُ بالحرجِ بسببِ نوعِ المهنة التي يشتغلُ بها واحدٌ أو أكثر من أفراد أسرتي .

(٢) البعد الثاني : مقياس الاجتماعية :

١١- اذا كنتُ في حفلٍ فإنني أحاولُ مقابلةَ الشخصيةِ الهامةِ الموجودةِ في الحفل .

١٨- في الحفلاتِ أقومُ بتعريفِ الناسِ على الشخصِ الذي يُريدُ أنْ يتحدثَ أو يُلقي كلمةً .

٢٩- لقد تولّيتُ في أكثرِ من مرةٍ بعثَ المرحِ (السرورِ) في حفلٍ ما .

٣١- أفضّلُ أنْ أتجاهلَ أصدقاءَ المدرسةِ أو المعارفِ الذين لمْ أرَهم منذ مدةٍ طويلةٍ ولا أبادرهم بالكلامِ الا اذا همْ بادروني بالكلام أولاً .

٣٨- سبقَ وأنْ قمتُ بوضعِ خطةٍ لأعمالِ أشخاصٍ آخرين وأحياناً كنت أقومُ بالإشرافِ على أعمالهم .

٤٧- إنني أعرفُ الاجابةَ على كثيرٍ من أسئلةِ المدرسِ في الفصلِ ولكنني لا أستطيعُ الاجابةَ حينَ يُطلبُ مني ذلك بسببِ خوفي من الكلامِ أمامَ الفصل .

٢- أحبُّ الذهابَ الى الحفلاتِ أو الاجتماعاتِ التي أجدُ فيها الكثيرَ من اللعبِ والمرحِ .

٤- أجدُ صعوبةً كثيراً أمام المجتمعاتِ العامة .

٥١- من الصعبِ جداً أنْ أتكلمَ أمامَ مجموعةٍ كبيرةٍ من الناس .

٥٩- أشعرُ بسرورٍ كبيرٍ في الحفلاتِ اذا أُتيحتْ لي فرصةُ الاختلاطِ بالناس .

٧٩- النقدُ أو اللومُ يجرحانِ إحساسي الى حدٍ كبير .

٨٤- اذا أردتُ شيئاً من شخصٍ لا أعرفهُ معرفةً جيدة فانني أفضّلُ أنْ أكتبَ اليه خطاباً بدلَ الذهابِ اليه شخصياً لأطلبَ منه ما أُريد .

٩٣- أشعرُ بالاضطرابِ أو التردد حينَ أتحدثُ لأشخاصٍ لأولِ مرة .

٩٧- يضايقني أنْ أقومَ بدورِ المهرجِ في حفلةٍ حتى ولو كانَ الآخرونَ يقومون بالشيءِ نفسه .

١٠١- أجدُ صعوبةً في التحدثِ مع الناسِ اذا كانتْ معرفتي بهم حديثة .

١٠٣- أتولّى أحياناً الرئاسةَ في بعضِ الأعمالِ أو الجمعياتِ الاجتماعية .

١٠- أتمنى لو أنني لستُ خجولاً الى هذا الحد .

١١٣- إذا حضرتُ الى اجتماعٍ متأخراً فانني أفضلُ مغادرتَه بدلَ الجلوس في مقعدٍ أمامَ الناس .

١١٧- أجد صعوبةً في طلبِ المعونةِ من أصدقائي حتى ولو كُنتُ أستطيعُ ردَّ الجميل .

١٢١- أكونُ مركزَ الاهتمامِ والتكريمِ في الحفلاتِ في أحيانٍ كثيرة .

١٣٠- أفضلُ أن يكونَ لي عددٌ قليلٌ من الأصدقاءِ المخلصين ، أكثرَ مما أفضلُ معرفةَ عددٍ كبيرٍ من الأشخاصِ معرفةً سطحية .

١٣٨- حينَ أكونُ مع مجموعةٍ من الناسِ فانني أجدُ صعوبةً في إيجادِ موضوعاتٍ مناسبةٍ للحديثِ معهم .

١٤٣- حين أكون مع مجموعةٍ من الأشخاص فانني أشعرُ بالحرجِ اذا اضطررتُ للاستئذانِ منهم بالانصراف .

١٥٠- أميلُ الى البقاءِ في المؤخرةِ أو على الهامشِ في الحفلات .

١٥٧- أجد صعوبةً في التحدث أمام الفصل .

١٥٩- أنزعجُ كثيراً حين يناديني المدرسُ بشكلٍ مفاجيءٍ للاجابةِ على سؤال .

١٦٠- أشعرُ بأنني أكوّنُ صداقاتي بنفسِ السرعةِ التي يكوّنُ بها الآخرون صداقاتهم .

١٦٣- من السهلِ أن يُحرجني الآخرون .

١٧٠- أجدُ صعوبةً كبيرةً في بدءِ الحديثِ مع شخصٍ غريب .

١٧٥- أشعرُ بالخوفِ عند الدخولِ بمفردي الى حجرةٍ بها أناسٌ يتحدثون .

١٧٦- أشعرُ بالقلقِ والاضطرابِ والخوفِ عندما أقومُ بالتسميعِ أو الالقاءِ في الفصل .

١٨٦- أترددُ كثيراً قبل القيامِ بعمليةِ التسميعِ أو الالقاءِ في الفصل .

١٩٤- أستمتعُ بالاجتماعات لمجردِ رغبتي في الوجودِ مع الناس .

٢٠٠- عندما أركبُ في الأتوبيسات والسيارات العامه فانني أتحدثُ الى الركاب .

٢٠٨- أشعرُ بحرجٍ عندما أكون في مجتمعٍ يُطلبُ مني أن أبدأ مناقشةً أو أُبدي رأيي في شيءٍ أعرفه معرفةً جيدةً .

(ج) البعد الثالث : مقياس الاتساق الذاتي :-

٣- أستيقظُ في معظمِ الأيامِ نشطاً ومرتاحاً .

٤- شهيتي للطعام جيدة .

٩- اصابتي بالامساك (التكلس) قليلةٌ ونادرة .

١٣- تُصيبني أحياناً نوباتٌ من الغثيانِ (تَعَكّر النفس) والقيء (الاستفراغ) .

١٩- اصابُ بحموضةِ المعدةِ (الحرقان) بدرجةٍ تضايقني عدةَ أيامٍ كل اسبوع .

٢٣- ينتابني القلقُ على صحتي في أحيانٍ قليلةٍ .

٢٤- أتمنى في جميعِ الأوقاتِ أن أجلسَ وأسرحَ بخيالي بدلَ القيامِ بأي عملٍ آخر .

٢٧- نومي مضطربٌ وقلقٌ .

٣٣- تُصيبني أحياناً آلامٌ في القلب أو في الصدر .

٣٥- أشعرُ بالحزن والانقباض في معظم الأوقات .

٤٨- أعملُ أشياءً كثيرة أندمُ عليها فيما بعد .

٥٨- أشعرُ بالسعادة في معظم الأوقات .

٦٠- في كثيرٍ من الأحيان أشعرُ وكأنَّ رأسي سينفجرُ .

٧٥- النقدُ أو اللومُ يجرحان إحساسي إلى حدٍ كبير .

٧٦- أنامُ في معظم الأحيان دون أنْ تأتيني أفكارٌ تضايقني .

٨٧- كانت صحتي خلالَ السنوات القليلة الماضية جيدةً عموماً .

٩٢- أبكي بسهولة .

٩٤- أتعبُ بسرعة .

٩٦- صدقَ لي أنْ أُصبتُ بدوخةٍ فيما مضى .

١٠٥- أستطيعُ القراءة مدةً طويلةً دونَ أنْ تتعب عيناي .

١١٠- أشكو من نوبات السعال الشديد ونوبات الزكام .

١١٢- أتمنى لو أنني لستُ خجولاً إلى هذا الحد .

١٣٠- لاحظتُ في الماضي زيادةً في ضربات القلب وأحياناً بضيق في التنفس .

١٣٤- إذا تضايقتُ يمكنني أنْ أعودَ إلى حالتي الطبيعية بسرعة .

١٤١- صحتي الآن أضعف مما كانت عليه منذُ عدةِ سنوات .

١٤٦- أعملُ وأعصابي مشدودة جداً .

١٥٠- صدقَ لي أن شعرتُ بأنَّ شخصاً ما يدفعني للقيام بأعمالٍ دونَ أن أدري .

١٨٠- في معظم الأيام أشعر بالوحدة حتى لو كنتُ مع آخرين .

١٨٢- صدقَ لي أنْ خفتُ من عددٍ من أشخاصٍ كنتُ أعلمُ أنهم لا يستطيعونَ أن يضروني .

١٨٣- صدق لي عدةَ مراتٍ أنْ امتنعتُ عن القيام بعملٍ لاعتقادي بأنني غيرُ قادرٍ على القيام به

١٨٥- تستولي عليَّ أحياناً فكرةٌ تافهةٌ وتظلُّ تضايقني عدة أيام .

١٩٠- عند سماعي بنجاح شخصٍ أعرفه معرفة جيدة أشعرُ كما لو أنَّ نجاحه فشلاً بالنسبة لي .

١٩٩- الانتقادات الكثيرة وحدها مسببة لي الضيق .

٢٠٢- ينتابني في معظم الأحيان شعورٌ بأنَّ شيئاً فظيعاً على وشك الحدوث .

٢٠٣- أشعرُ بالتعب في معظم الوقت .

(٢) المقياس الرابع : مقياس توهم المرض :

٣ - أستيقظُ في معظم الأيام نشطاً مرتاحاً .

٢ - شهيتي للطعام جيدة .

٥ ـ قدرتي على العملِ في الوقتِ الحاضرِ تعادلُ قدرتي على العملِ في السابق .

٩ ـ اصابتي بالامساك (القَبْض) قليلة" ونادرة" .

١٣ـ تُصيبني أحياناً نوبات" من الغثيانِ (لَعَيَان النفس) والقيء (الاستفراغ .

١٩ـ أصابُ بحرقةِ المعدةِ (تَحَرْقَان) بدرجةٍ تضايقني عدةَ أيامٍ كل اسبوع .

٢٧ـ نومي مضطربٌ وقلِق" .

٢٨ـ صحتي الجسمية مثلُ صحةِ معظمِ أصدقائي في الجوده (القوة)

٣٢ـ تُصيبني أحيانا" آلام" في القلبِ او في الصدر .

٣٥ـ في كثيرٍ من الاوقاتِ أشعرُ في بعضِ أجزاءِ جسمي بما يُشبهُ الاحتراقَ أو القشعريرةَ أو التنميلَ أو التخديــــر .

٣٩ـ أشعر أحيانا" بالمٍ في الناحيةِ الخلفيةِ من العنق .

٤٠ـ تصيبني آلام" في المعدةِ كل بضعةِ أيام .

٥٥ـ أشكو أحيانا" من تقلصاتٍ تصيبُ معدتي .

٦٠ ـ في كثيرٍ من الأحيان أشعرُ كأنَّ رأسي سَيَنْفَجِرُ .

٦٤ـ أشعرُ غالبا" بضغطٍ شديدٍ حولَ رأسي .

٧٣ـ تُثارُ معدتي في أحيانٍ كثيرة .

٧٦ـ حدثَ لي أحياناً أن تقيأتُ دماً (طرشتُ دماً) .

٨٧ـ كانتْ صحتي خلالَ السنوات القليلةِ الماضيةِ جيدةً عموما" .

٩١ـ وزني يَزيدُ ويَنقص .

٩٤ـ أشعرُ أحيانا" أنَّ قمةَ رأسي رخوة" (لينة") .

٩٥ـ أتعبُ بسرعة .

٩٩ـ سبقَ لي أنْ أُصبتُ بدوخةٍ فيما مضى .

١٠٥ـ أستطيعُ القراءة مدةً طويلةً دونَ أنْ تتعب عيناي .

١٠٦ ـ أشعرُ في معظمِ الأوقاتِ بضعفٍ عام .

١٠٨ـ أصابُ بالصداعِ أحيانا" قليلة" .

١٠٩ـ أجدُ أحيانا" صعوبةً في حفظِ توازني في المشي .

١٢٣ـ يُصيبُني الجهدُ العادي بزيادةٍ في ضرباتِ القلبِ وأحيانا" بضيقٍ في التنفس .

١٢٩ـ أشكو في أحيانٍ قليلةٍ من بعضِ الآلام .

١٣٤ـ أفقدُ الإحساسَ في منطقةٍ أو أكثر من جلدي .

١٢٤ـ بصري الآن أضعف مما كانَ عليه منذ عدةِ سنوات .

١٢٥ـ أشعرُ أحيانا" بطنينٍ أو رنينٍ في أذني .

١٢٦ـ سبقَ لي أن لاحظتُ دماً في بولي .

١٩٧- اعتقدُ أنَّ حاسةَ الشم عندي اقلُ منها عندَ بقية الناس .

١٩٩- أتجشأُ كثيراً وهذا يسببُ لي الضيق .

٢٠٣- اشعرُ بالتعب في معظم الوقت .

(٩) البعد الخامس : **مقياس الاكتئاب :**

١ - حياتي اليومية مليئة بما يثيرُ اهتمامي .

٢ - شهيتي للطعام جيدة .

٣ - قدرتي على العمل في الوقت الحاضر تعادلُ قدرتي على العمل في السابق .

٦ - احاسيسي بالاحساسات (الكيفي) قليلة ونادرة .

٣٠- اجدُ صعوبة في تركيز ذهني اثناءَ قيامي بعملٍ ما .

٣٣- ينتابني القلقُ على صحتي في احيانٍ قليلةٍ .

٣٥- في كثيرٍ من الاحيان افقدُ القدرةَ على الاهتمام بما حولي لانني لم استطعْ مواصلةَ نشاطي.

٣٧- نومي مضطربٌ وقلق .

٣٨- صحتي الجسمية مثلُ صحةِ معظم اصدقائي في الجوده (القوة)

٣١- أُفضلُ أنْ اتجاهلَ اصدقاءَ المدرسةِ او المعارفِ الذين لَمْ أَرَهم منذ مدةٍ طويلةٍ ولا أُبادرهم بالكلام الا اذا هُمْ بادروني بالكلام اولاً .

٣٩- إنني سهلُ الاختلاط بالناس .

٤٠- أبقى احياناً متمسكاً على عملي ومتمسكاً به حتى لو وَجَدْتُ أنَّ من حولي تضايقَ مني الى حدٍ انهُ قد فقدَ صبره معي .

٤٧- اتمنى لو كنتُ سعيداً كما يبدو الآخرون .

٥٢- من المؤكد انني تنقصُ الثقةُ بالنفس .

٥٥- النقدُ الشديد او اللوم يسببانِ لي جرحاً كبيراً .

٥٨- أشعرُ بالسعادةِ في معظمِ الاوقات .

٦٢- إنني مثلُ معظمِ الناس محظوظُ في الصداقة والمقدرة .

٦٣- تضايقني احياناً ان اتقيأ لمساً لارتعاشة .

٦٤- النقدُ او اللومُ يجرحانِ إحساسي الى حدٍ كبير .

٦٥- اشعرُ شعوراً قوياً في بعض الاحيان انني عديمُ الفائدة .

٦٧- انامُ في معظم الاحيان دون أنْ تتاتيني افكارٌ تضايقني .

٧١- كانت صحتي خلالَ السنوات القليلة الماضية جيدةً عموماً .

٩٨ـ وزني يزيد وينقص .

٩٢ـ أبكي بسهولة .

١٠٠ـ يبدو أن ذاكرتي جيدة .

١٠٢ـ أخشى من الإصابة بالجنون .

١٠٦ ـ أشعر في معظم الأوقات بضعف عام .

١١٠ـ أشكو من نوبات السعال الشديد ونوبات الزكام .

١٢٣ـ في بعض الأحيان أعترض على بعض الناس ومنعهم من القيام بأعمال معينة . لا لشيء وإنما لأن المبادئ والأمور والأخلاق تقتضي ذلك .

١٢٨ـ أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسي ولا أحدث بها الآخرين.

١٣٠ـ أشعر أحياناً بسعادة وانشراح كبيرين بدون أي سبب حتى ولو كانت الأمور تسير على غير ما أشتهي .

١٣٥ـ أعرق بسهولة حتى في الجو البارد .

١٤٠ـ أكره الشخص الذي يستغل طيبة وسذاجة الناس الآخرين .

١٤٩ـ أعمالي وأعصابي مشدودة جداً .

١٥١ـ تمر بي فترات أشعر فيها بالفرح والسعادة دون أن أعرف السبب

(٣) البعد الثالث : مقياس الهستيريا :

١ ـ حياتي اليومية مليئة بما يثير اهتمامي .

٣ ـ أستيقظ في معظم الأيام نشطاً ومرتاحاً .

٤ ـ شهيتي للطعام جيدة .

٥ ـ قدرتي على العمل في الوقت الحاضر تماثل قدرتي على العمل في السابق .

٦ـ تصيبني أحياناً نوبات من الغثيان (لعيان النفس) والقيء (الاستفراغ .

٧ـ عندما أكون في مأزق (ورطة) أشعر أن الأفضل لي أن أسكت ولا أتكلم .

١٠ـ أجد صعوبة في تركيز ذهني أثناء قيامي بعمل ما .

٢٧ـ نومي مضطرب وقلق .

٢٨ـ صحتي الجسمية مثل صحة معظم أصدقائي في الجودة (القوة)

٣٣ـ أشعر أحياناً بآلام في القلب أو في الصدر .

٤٢- أشعرُ بالحزنِ والانقباضِ في معظمِ الأوقاتِ .

٥٠- اقناعُ الناسِ بالصوابِ يتطلبُ مجهوداً كبيراً .

٥٥- أفكرُ أحياناً من تقلباتِ تصيبُ معدتي .

٥٨- أشعرُ بالسعادةِ في معظمِ الأوقاتِ .

٦١- إنَّ الناسَ الذين يبالغونَ في فرضِ آرائهم وسيطرتِهم على الآخرين يجعلونني أشعرُ برغبةٍ في مخالفتهم ولو كانوا على حق .

٦٢- أشعرُ غالباً بضغطٍ شديدٍ حولَ رأسي .

٧٣- أكثرُ الناسِ يستخدمونَ وسائلَ غيرَ مشروعةٍ للحصولِ على كسبٍ أو منفعةٍ ، بدلاً من تركِ الفرصةِ تضيعُ عليهم .

٧٦- أعتقدُ أنَّ حياتي المنزليةَ تعادلُ من حيث السعادةِ حياةَ معظمِ الناسِ الذين أعرفهم .

٨٣- فقدتُ الكثيرَ من الفرصِ لأنني لم أستطعْ أن أحددَ الأمورَ بصورةٍ قاطعة .

٨٧- كانت صحتي خلالَ السنواتِ القليلةِ الماضيةِ جيدةً عموماً .

٩٥- أتعبُ بسرعةٍ .

٩٦- أحسُّ كثيراً بما يظنُّهُ الناسُ عني .

٩٩- سبقَ لي أنْ أُصِبْتُ بدوخةٍ فيما مضى .

١٠١- أجدُ صعوبةً في التحدثِ مع الناسِ اذا كانت معرفتي بهم حديثة .

١٠٥- أستطيعُ القراءةَ مدةً طويلةً دونَ أنْ تتعبَ عيناي .

١٠٦- أشعرُ في معظمِ الأوقاتِ بضعفٍ عام .

١٠٨- أصابُ بالصداعِ أحياناً قليلة .

١٠٩- أجدُ أحياناً صعوبةً في حفظِ توازني في المشي .

١١٣- أتمنى لو أنني لستُ خجولاً الى هذا الحد .

١١٦- يمرُّ بي في الماضي زيادةٌ في ضرباتِ القلبِ وأحياناً ضيقٌ في التنفس .

١٢٤- أغضبُ بسهولةٍ لكنني أعودُ الى حالتي الطبيعيةِ بسرعة .

١٢٥- تمرُّ بي فتراتٌ من عدمِ الاستقرارِ والقلقِ تجعلني لا أستطيعُ البقاءَ طويلاً في مكانٍ واحد .

١٢٩- أشكو في أحيانٍ قليلةٍ من بعضِ الآلام .

١٣٥- حينَ أكونُ مع مجموعةٍ من الناسِ أجدُ صعوبةً في إيجادِ موضوعاتٍ مناسبةٍ للحديثِ معهم .

١٣٧- صحتي الآن أحسنُ مما كانتْ عليه منذُ عدةِ سنوات .

(٤) البعد الرابع : الاكتئاب الجاردنوسيا :

٨- أشعرُ أنني مظلومٌ في هذه الحياة .

١١- إنني أستحقُّ الموتَ في هذه الحياة .

١٧- تسيطرُ على ذهني في بعضِ الاحيان افكارٌ تدعوني لارتكابِ اعمالِ الشرِّ .

٢٢- تأمرُ (شخصٌ) الناسَ لي العداوة ، هذا يجعلني اتلّ نجاحاً بكثيرٍ مما انا عليه .

٤٠- أشعرُ بالسعادةِ في معظمِ الاوقات .

٦١- إن الناسَ الذين يبالغونَ في فرضِ آرائهم وسيطرتهم على الآخرين يجعلونني أشعرُ برغبةٍ في مخالفتهم ولو كانوا على حق .

٦٢- بعضُ الناسِ يتعمدُ (يخفيه) لي في نفسِ شراً .

٦٣- نادراً ما نعملُ فيه خطرٌ لمجرد الاشارةِ لكي تغيرِ انتباهِ الناسِ لي .

٦٦- أعتقدُ أنَّ الناسَ أمناءُ بسببِ خوفهم من أن يكتشفَ الآخرون امرهم .

٦٨- أعتقدُ أنَّ هناكَ مؤامرةً تُدَبَّرُ ضدي .

٧١- أعتقدُ أنَّ هناكَ من يتتبعُني (يسيرُ ورائي)

٧٢- اكثرُ الناسِ يستخدمونَ وسائلَ غيرَ سليمةٍ للحصولِ على كسبٍ او منفعةٍ ، بدلاً من تركِ الفرصةِ تضيعُ عليهم .

٧٤- إنني أعرفُ من هوَ المسئولُ عن معظمِ متاعبي .

٩١- أشعرُ بأنني عرضةٌ كثيراً دونَ سبب .

٩٢- أبكي بسهولة .

١٣٩- يُقلقني غالباً شيءٌ مثيرٌ من حالاتِ الاكتئابِ (الانقباضِ) التي أقعُ فيها .

١٤٤- أشعرُ أن شخصاً ما يُسيطرُ على عقلي .

١٤٥- أشعرُ أحياناً بطنينٍ أو رنينٍ في أذني .

١٤٨- أنا واثقٌ من أنَّ الناسَ يتكلمونَ عني في غيابي .

١٤٩- سبقَ لي أن شعرتُ بأنَّ شخصاً ما يدفعني للقيامِ بأعمالٍ دونَ أن أدرى .

١٥٠- أشعرُ أنَّ شخصاً ما يحاولُ أن يسيطرَ على عقلي .

١٥٣- لقدْ خالفتُ الناسَ أكثرَ من مرةٍ .

١٥٨- في معظمِ الأيامِ أشعرُ بالوحدةِ حتى لو كنتُ مع آخرين .

١٦١- أعتقدُ أنَّ شخصاً قريباً قد يكذب لمجنب الوقوعَ في المشكلات .

١٦٣- تأتيني من حينٍ لآخرَ نوباتٌ من الضحكِ والبكاءِ لا أستطيعُ السيطرةَ عليها .

١٦٤- تتبادرُ إلى ذهني أفكارٌ على الشاطئ أحياناً على الرغمِ من علمي بأنَّ الأمرَ الذي أطيعهُ غيرُ معقول .

١٦٨- تصيبني نوبات أحياناً في بعضِ الأحيانِ لشريطٍ يتابعني .

١٦٩- أنسى أسماءً بسرعةٍ دونَ قصدٍ .

١٧٠- أميلُ إلى الحذرِ من الناسِ الذينَ يُظهرونَ صداقةً أكثرَ مما أتوقعُ منهم .

١٧١- يقولُ الناسُ عني أشياءَ مهينةً وشنيعة .

١٧٤- أشعرُ بأنَّ شيئاً ما في جسمي .

١٧٥- لدي أفكارٌ غريبةٌ تتعلقُ بأعمالٍ خفيةٍ تفيدُ العالم .

١٩٢ـ أتضايقُ حين يلاحظني شخص ما أثناء العمل حتى ولو كنتُ أعرفُ أنني أستطيع القيامُ بهذ العمل على الوجـــــه الاكمـل .

١٩٣ـ أشعرُ بالحرج بسبب نوعِ المهنة التي يشتغلُ بها واحدٌ أو اكثر من أفراد أسرتي .

٢٠١ـ ينتابني في معظمِ الاحيان شعورٌ بأنّ شيئاً فظيعاً على وشك الحدوث .

(ه) البعد الثامن : مقياس الانهيار :

١ ـ حياتي اليوميةُ مليئةٌ بما يثيرُ اهتمامي .

٢ ـ استيقظُ في معظمِ الايام نشطاً ومرتاحاً .

٧ ـ افكرُ من حينٍ لآخرَ في اشياءَ قبيحةٍ الى درجةٍ لا يمكنُ التحدثَ عنها .

١٢ـ تنتابني احياناً نوباتٌ من الضحكِ والبكاءِ لا استطيعُ مقاومتها .

٣٢ـ اجدُ صعوبةً في تركيزِ ذهني أثناءَ قيامي بعملٍ ما .

٣٣ـ ينتابني القلقُ على صحتي في احيانٍ قليلةٍ .

٣٥ـ في كثيرٍ من الاحيانِ أفقدُ القدرةَ على الاهتمامِ بما حولي لانني لم استطعْ مواصلةَ نشاطي .

٣٦ـ أتمنى لو كنتُ سعيداً كما يبدو الآخرون .

٤٢ـ أشعرُ بالحزنِ والانقباضِ في معظمِ الاوقات .

٤٤ـ من المؤكدِ أنني قليلُ الثقةِ بالنفس .

٤٨ـ أعملُ أشياءَ كثيرةً أندمُ عليها فيما بعد .

٥٢ـ أجدُ المعارك الدائرة في المعركة من نفسي .

٦٤ـ أشعرُ في معظمِ الأحيان أنني قد ارتكبتُ خطأً أو قمتُ بعملٍ فيه شرٌ .

٦٦ـ إنني مثلُ معظمِ الناسِ المحيطين بي في النباهةِ والمقدرة .

٨٠ـ أشعرُ شعوراً قوياً في بعض الأحيان أنني عديمُ الفائدة .

٨٦ـ أنامُ في معظم الاحيان دون أن تشغلني أفكارٌ تضايقني .

١٠٠ـ يبدو أنَّ ذاكرتي جيدةً .

١٠٤ـ لا أشكو من الصداعِ بالمعدة .

١٠٦ ـ أشعرُ في معظمِ الاوقـــاتِ بضعفٍ عام .

١٢٥ـ تمرُّ بي فترات من عدمِ الاستقرارِ والقلق تجعلني لا أستطيعُ البقاءَ طويلاً في مكانٍ واحد .

١٢٧ـ اغضبُ وأنرفزُ بسرعةٍ أو أكثرَ في العمل .

١٣٠ـ أرى الحياةَ في معظمِ الاوقاتِ جميلةً بالنسبةِ لي .

١٥٢ـ أجدُ صعوبةً في التحدثِ أمام الناس .

١٦٢- من السهل أن يُحرجني الآخرون .

١٦٣- يَنفدُ صبري و أتضايقُ بسهولةٍ من الناس .

١٧٢- عندي أفكارٌ غريبةٌ وغيرُ عاديه .

١٧٣- حدثَ لي أنْ خِفتُ من أمورٍ أو من أشخاصٍ كنتُ أعلمُ أنهم لا يستطيعونَ أن يضروني .

١٧٥- أشعرُ بالخوفِ عند الدخولِ بمفردي الى حجرةٍ بها أناسٌ يتحدثون .

١٧٦- أجدُ صعوبةً في تركيزِ تفكيري .

١٧٧- حدثَ لي عدةَ مراتٍ أنْ امتنعتُ عن القيام بعملٍ لاعتقادي بأنني غيرُ قادرٍ على القيام به .

١٧٨- تطرأ على فكري أحياناً كلماتٌ بذيئةٌ أو مخجلةٌ لا أستطيع التخلصَ منها .

١٨٠- تستحوذ عليَّ أحياناً فكرةٌ تافهةٌ وتظلُّ تضايقني عدة أيام .

١٨١- يحدثُ في كل يومٍ تقريباً ما يُسببُ لي الخوف .

١٨٥- درجة فهمي لما أقرؤه الآن أقل مما كانت عليه في السابق .

٢٠٣- أنسى ما يُقالُ لي في الحال .

(٦) البعد التاسع : ذهانية الفصـــام :

٧- أفكرُ من حينٍ لآخرَ في أشياءَ قبيحةٍ الى درجةٍ لا يمكنُ التحدثُ عنها .

٢٠- تنتابني أحياناً نوباتٌ من الضحكِ والبكاءِ لا أستطيعُ مقاومتها .

٢٢- أعتقدُ في معظمِ الأوقاتِ أنّه لو لم يسرحْ خيالي لكانَ القيامُ بأي عملٍ آخر .

٢٥- في كثيرٍ من الأحيانِ أفقدُ القدرةَ على الاهتمامِ بما حولي لأنني لم أستطعْ مواصلةَ نشاطي .

٣١- أفضلُ أنْ أتحاشى أصدقاءَ المدرسةِ أو المعارفِ الذين لمْ أرهم منذ مدةٍ طويلةٍ ولا أبادرهم بالكلامِ إلا إذا كانوا يبادرونني بالكلامِ أولاً .

٤٣- أشعرُ بالحزنِ والانقباضِ في معظمِ الأوقات .

٥٠- تنتابني أحياناً رغبةٌ قويةٌ في القيامِ بعملٍ يضرُّ الآخرينَ أو يصدمهم .

٥٥- أذكرُ أحياناً من الكلماتِ تصيبُ محدثي .

٦٧- لقد تغيرتْ صرتي عما كانتْ عليهِ من قبل (لقد صار أسرعَ أو أبطأَ أو أكثرَ حشرجةً من ذي قبل) .

٧٠- أجدُ أنّ أصابعي متصلبةٌ لا تتحركُ بيدي .

٨٤- مرّتْ بي فترةٌ كنتُ أقومُ فيها بأعمالٍ دونَ أنْ أعرفَ بعدَ ذلكَ ماذا كنتُ أفعل .

٩١- أشعرُ بأنني مراقبٌ أشعرُ بذلك دون سبب .

١٠٠- يبدو أن ذاكرتي جيدة .

١٠٤- أخشى من الإصابة بالجنون .

١٠٩- أجد أحياناً صعوبة في حفظ توازني في مشيي .

١١١- أفقد أحياناً السيطرة على حركاتي أو كلامي وإن كنت أشعر بما يدور حولي .

١١٤- أهلي يعاملونني كما يعامل الطفل لا كما يعامل الشاب .

١٣٥- تمر بي فترات من عدم الاستقرار والقلق تجعلني لا أستطيع البقاء طويلاً في مكان واحد .

١٣٨- أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسي ولا أحدث بها الآخرين .

١٣٩- يتوقف نشاطي في بعض الفترات ولا أشعر فيها بما يدور حولي .

١٤٣- أغضب وأنرفز مرة أو أكثر في الأسبوع .

١٤٤- أفقد الإحساس في منطقة أو أكثر من جلدي .

١٤٥- أشعر أحياناً بطنين أو رنين في أذني .

١٤٨- أشعر من حين لآخر بكراهية نحو أفراد أسرتي التي أحبها في العادة .

١٥٠- سبق لي أن شعرت بأن شخصاً ما يدفعني للقيام بأعمال دون أن أدري .

١٥٦- أجد الحياة في معظم الأوقات صعبة بالنسبة لي .

١٦٠- أشعر بأنني أكون صداقاتي بنفس السرعة التي يكون بها الآخرون صداقاتهم .

١٦٥- أشم أحياناً روائح غريبة .

١٦٨- يصبح سمعي حساساً في بعض الأحيان لدرجة تضايقني .

١٧٣- عندي أفكار غريبة وغير عادية .

١٧٤- سبق لي أن خفت من أشياء أو من أشخاص كنت أعلم أنهم لا يستطيعون أن يضروني .

١٧٦- أجد صعوبة في تركيز تفكيري .

١٨١- يحدث في كل يوم تقريباً ما يسبب لي الخوف .

١٨٢- يقول الناس عني أشياء مبهمة وغامضة .

١٨٦- درجة فهمي لما أقرؤه الآن أقل مما كانت عليه في السابق .

(٣) البعد العاشر : ويمثله الهوس الخفيف :

٦- حين أقوم بعمل ما تكون أعصابي مشدودة ومتوترة .

١٠- أشعر من حين لآخر برغبة شديدة في ترك أسرتي والابتعاد عنها .

[illegible]- تنتابني أحياناً نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع مقاومتها .

٣٣- أبكي أحياناً [illegible] حتى لقد [illegible] من حولي تضايق مني الى حد أنه قد فقد صبره معي .

٥٠- تنتابني أحيانا " رغبة قوية " في القيام بعمل يضر الآخرين أو يصدمهم .

٥٣- واجهتني مشكلات لم أستطع أن أقرر شيئا " بشأنها لتوفر حلول كثيرة لها .

٦١- إن الناس الذين يبالغون في فرض آرائهم وسيطرتهم على الآخرين يجعلونني أشعر برغبة في مخالفتهم ولو كانوا على حق .

٦٣- لقد قمت بعمل فيه خطر لمجرد الإثارة ولفت إنتباه الناس لي .

٦٧- لقد تغير صوتي عما كان عليه من قبل (لقد صار أسرع أو أبطأ أو أكثر حشرجة من ذي قبل) .

٧٢- إنني أعرف من هو المسؤول عن معظم متاعبي .

٧٣- تتوارد الأفكار في ذهني أحيانا " بأسرع مما أستطيع التعبير عنه .

٨١- كان لي في طفولتي مجموعة من الرفاق متفقة في السراء والضراء .

٨٥- أفقد صبري اذا قاطعني الناس أثناء اشتغالي بأمر هام .

٩٠- مرت بي فترات كنت أقوم فيها بأفعال دون أن أعرف بعد ذلك ماذا كنت أفعل .

٩١- أشعر بأنني عوقبت كثيرا " دون سبب .

٩٧- يضايقني أن أقوم بدور المهرج في حفلة حتى ولو كان الآخرون يقومون بالشيء نفسه .

١٠١- أجد صعوبة في التحدث مع الناس اذا كانت معرفتي بهم حديثة .

١٠٣- أشعر برغبة في القيام بعمل مثير حين ينتابني الضيق أو الملل .

١٠٦- أتمنى أحيانا السيطرة على حركاتي أو كلامي وإن كنت أشعر بما يدور حولي .

١١٤- أهلي يعاملونني كما يعامل الطفل لا كما يعامل الشاب .

١١٧- أجد صعوبة في طلب المعونة من أصدقائي حتى ولو كنت أستطيع رد الجميل .

١١٩- لبعض أفراد أسرتي عادات تضايقني مضايقة شديدة .

١٢٠- أشعر أحيانا " أنني أستطيع إتخاذ القرارات بسهولة غير عادية .

١٢٣- في بعض الأحيان أعترض على بعض الناس أو أمنعهم من القيام بأعمال معينة . لا لشيء وإنما لأن المبادئ والأصول والأخلاق تقتضي ذلك .

١٢٥- تمر بي فترات من عدم الاستقرار والقلق تجعلني لا أستطيع البقاء طويلا " في مكان واحد

١٢٧- أحسد بعض الناس .

١٣٤- يتوقف تفكيري في معظم الفترات ولا أشعر تماما بما يدور حولي

١٣٦- أعرق بسهولة حتى في الجو البارد .

١٣٧- أغضب وأرفض مرة أو أكثر في الأسبوع .

١٣٨- حين أكون مع مجموعة من الناس فإنني أجد صعوبة في إيجاد موضوعات مناسبة للحديث معهم .

١٣٩- تنقذني غالبا " شيء مثير من حالات الاكتئاب (الانقباض) التي أقع فيها .

١٤٠- أكره الشخص الذي يستغل طيبة ويستغل الناس الآخرين .

١٤١- أميل الى الاهتمام بعدة هوايات مختلفة في الوقت الواحد بدلا " من التعلق بواحدة منها فقط لمدة طويلة

١٤٨- حين أسمع شخصا " من أرتكاب خطأ ما فإنه كثيرا " ما يتضح أنه ينطق بشكل خاطئ ، وهذا يؤذي شعوري .

١٥٠- في أحيان كثيرة أشعر أنه يجب علي أن أبتعد عن محاولة أداء عمل ما .

(٨) البعد الحادي عشر : مقياس الانحراف السيكوباتي :

١ – حياتي اليومية مليئة بما يثير اهتمامي .

٨ – أشعر أنني مظلوم في هذه الحياة .

١٠ – أشعر من حين لآخر برغبة شديدة في ترك أسرتي والابتعاد عنها .

١٤ – إنني أفتقد إلى من يفهمني في هذه الحياة .

٢٠ – أجد صعوبة في تركيز ذهني أثناء قيامي بعمل ما .

٢١ – مررت في حياتي بخبرات (تجارب) كثيرة كانت غريبة ومتنوعة .

٢٢ – يُظهر (يخبئ) الناس لي العداوة وهذا يجعلني أقل نجاحاً بكثير مما أنا عليه .

[illegible] – أسرتي لا توافق على نوع الدراسة ونوع العمل الذي أنوي اتخاذه مهنة لي في المستقبل .

٢٧ – أتمنى لو كنت سعيداً كما يبدو الآخرون .

٣٤ – من السهل أن يهزمني الآخرون في المناقشة .

٣٦ – أتضايق حين يجعلني الآخرون موضوعاً لمزاحهم .

[illegible] – أعمل أشياء كثيرة أندم عليها فيما بعد .

[illegible] – مشاجراتي قليلة جداً مع أفراد أسرتي .

[illegible] – [illegible] المعارك عندي هي المعركة مع نفسي .

[illegible] – أشعر في معظم الأحيان أنني قد ارتكبت خطأ أو قمت بعمل فيه شر .

[illegible] – أشعر بالسعادة في معظم الأوقات .

[illegible] – بعض أصحابي يعتقدون (يظنون) أن في نفسي شراً .

[illegible] – إنني أعرف من هو المسئول عن معظم متاعبي .

٧٧ – تتوارد الأفكار في ذهني أحياناً بأسرع مما أستطيع التعبير عنه .

[illegible] – أعتقد أن حياتي المنزلية تعادل من حيث السعادة حياة معظم الناس الذين أعرفهم .

٨٤ – وزني يزيد وينقص .

[illegible] – أهتم كثيراً بما يقوله الناس عني .

[illegible] – يضايقني أن أقوم بدور المهرج في حفلة حتى ولو كان الآخرون يقومون بالشيء نفسه .

١٠١ – أجد صعوبة في التحدث مع الناس إذا كانت معرفتي بهم حديثة .

[illegible] – أتمنى لو أنني لست خجولاً إلى هذا الحد .

[illegible] – هناك قليل جداً من الحب والتآلف في عائلتي إذا قورنت بالعائلات الأخرى .

[illegible] – يعترض أهلي كثيراً على نوع الأصدقاء الذين أرافقهم .

[illegible] – يسيء الآخرون عادة فهم طريقتي في التصرف .

[illegible] – يضايقني الناس ويغيظونني في تصرفاتهم .

[illegible] – أشعر أحياناً بسعادة وانشراح كبيرين بدون أي سبب حتى ولو كانت الأمور تسير على غير ما أشتهي .

١٣٨- حينَ أكونُ مع مجموعةٍ من الناسِ فإنني أجدُ صعوبةً في إيجادِ موضوعاتٍ مناسبةٍ للحديثِ معهم .
١٤٨- أنا واثقٌ من أنَّ الناسَ يتكلمونَ عني في غيابي .
١- لقدْ خالفتُ التقاليدَ أكثرَ من مرةٍ .
١٥٥- تمرُّ بي فتراتٌ أشعرُ فيها بالفرحِ والسعادةِ دونَ أنْ أعرفَ السببَ .
١٨٧- حين أمنعُ شخصاً من ارتكابِ خطأ ما فإنه كثيراً ما أتهمُ تصرفي هذا بشكلٍ خاطئٍ ، وهذا يؤذي شعوري .

(٥) البعد الثامن عشر : مقياس الانطواء الاجتماعي :-

٣٠- أجدُ صعوبةً في تركيزِ ذهني أثناءَ قيامي بعملٍ ما .
٣١- مَرَرْتُ في حياتي بخبراتٍ (تجاربَ) كثيرةٍ كانت غريبةً ومتنوعةً .
٣٣- إنني سهلُ الاختلاطِ بالناسِ .
٣٧- أتمنى لو كنتُ سعيداً كما يبدو الآخرون .
٤٣- من السهلِ أنْ يهزمني الآخرونَ في المناقشةِ .
٤٦- أتضايقُ حين يسألني الآخرون موضوعاً لمزاحهم .
٥٢- أحبُّ الذهابَ الى حفلاتٍ أو الاجتماعاتِ التي أجدُ فيها الكثيرَ من اللعبِ والمرحِ .
٦٣- لقد كنتُ أعملُ فيه فترةً لمجردِ الإثارةِ ولفتِ إنتباهِ الناسِ لي .
٦٦- أعتقدُ أنَّ الناسَ جميعاً يسرهم من أنْ يكتشفَ الآخرون أمرهم .
٦٧- لقد تغيرَ صوتي عمّا كانَ عليهِ من قبلُ (لقد صار أسرعَ أو أبطأَ أو أكثرَ حشرجةً من ذي قبل .
٧٢- أكثرُ الناسِ يستخدمونَ وسائلَ غيرَ سليمةٍ للحصولِ على كسبٍ أو منفعةٍ ، بدلاً من تركِ الفرصِ تضيعُ عليهم .
٧٧- أعتقدُ أنَّ اللومَ يجرحني إحساسي الى حدٍ كبيرٍ .
٨١- كانَ لي في طفولتي مجموعةٌ من رفاقٍ متفقةٍ في السراءِ والضراءِ .
٩٣- فاتتني الكثيرُ من الفرصِ لأنني لم أستطعْ أنْ أحددَ الأمورَ بصورةٍ قاطعةٍ .
٩٧- يطالبني أنْ أقوم بدورِ المهرجِ في حفلةٍ حتى ولو كانَ الآخرونَ يقومون بالشيءِ نفسه .
١٠١- أجدُ صعوبةً في التحدثِ مع الناسِ اذا كانتْ معرفتي بهم حديثةً .
١١٠- أشكو من نوباتِ الصداعِ الشديدةِ في ساعاتِ الزكام .
١١١- أتمنى لو أنني لستُ خجولاً الى هذا الحد .
١٣٨- حينَ أكونُ مع مجموعةٍ من الناسِ فإنني أجدُ صعوبةً في إيجادِ موضوعاتٍ مناسبةٍ للحديثِ معهم .
١٤٢- أشعرُ أحياناً بأنني سخيفٌ أو رخيصٌ في نفسي .
١٥٥- تمرُّ بي فتراتٌ أشعرُ فيها بالفرحِ والسعادةِ دونَ أنْ أعرفَ السببَ

١٥٧- أجد صعوبة في التحدث أمام الفصل .

١٦٠- أشعرُ بأنني أكوّنُ صداقاتي بنفس السرعة التي يكوّنُ بها الآخرون صداقاتهم .

١٦١- أعتقدُ أنّ كلَّ شخصٍ تقريباً قد يكذب ليتجنب الوقوعَ في المشكلات .

١٦٢- من السهل أن يُحْرِجَني الآخرون .

١٦٧- يَنفذُ صبري وأتضايقُ بسهولةٍ من الناس .

١٧٥- أشعرُ بالخوف عند الدخول بمفردي إلى حجرةٍ بها أناسٌ يتحدثون .

١٧٧- سبق لي عدةُ مراتٍ أنْ امتنعتُ عن القيام بعمل لاعتقادي بأنني غيرُ قادرٍ على القيام به

١٨٠- تستولي عليَّ أحياناً " فكرةٌ تافهةٌ وتظلُّ تضايقني عدة أيام .

١٨٩- لو أُتيحتْ لي الفرصةُ لاستطعتُ القيامَ بأعمالٍ عظيمة تفيدُ العالم .

١٩٠- عند سماعي بنجاحِ شخصٍ أعرفه معرفة جيدة أشعرُ كما لو أنَّ نجاحه فشلاً " بالنسبة لي .

١٩٤- أستمتعُ بالاجتماعات لمجردِ رغبتي في الوجودِ مع الناس .

١٩٥- عندما أركبُ في الأتوبيسات والسيارات العامة فإنني أتحدثُ إلى الركاب .

١٩٨- أشعرُ بحرجٍ عندما أكونُ في حجرةٍ ويُطْلَبُ مني أنْ أبدأ مناقشةً أو أُبدي رأيي في شيءٍ أعرفه معرفةً جيدةً .

٢٠٣- أنسى ما يُقالُ لي في الحال .

ملحق (ج)

أخـى :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاتـه :

سوف يقوم الباحث باجراء دراسة حول تعاطى المخدرات لمعرفـة الأسـباب والمسببات حول هذا الموضوع .. لذا نجد بداخله بيانات المطلوب منك تعبئتها فاذا كانت العبارة تنطبق عليك نرجو أن تضع علامة (×) واذا لم تنطبق عليك فأتركها .

كذلك نرجو أن تعلم بأنه لامانع من عدم ذكر اسمك اذا رغبت .. هـذا ولك جزيل الشـكر .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاتـه .

الباحـث :

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة أم القرى

كلية التربية - قسم علم النفس

رقم الاستمارة (١)

استمارة بحث حالة

أولا : بيانات عامة   الأول   الثانى   العائلة

(أ) (١) الاسم :

(٢) الجنسية :

(٣) تاريخ الميلاد :   يوم :   شهر :   سنة :

(٤) ترتيبك الميلادى بين اخوتك : (   )

(٥) محل الميلاد : الحى :   المدينة :   الدولة :

(٦) عدد أفراد الأسرة : ذكور (   ) اناث (   )

(٧) المهنة : طالب : (   )

موظف : (   )

عامل : (   )

متسبب : (   )

سائق : (   )

عاطل : (   )

(٨) المهنة للوالد (   )

(ب) (١) المرحلة التعليمية التى حصلت عليها :

(-) الابتدائية (   )

(-) المتوسطة (   )

(-) الثانوية (   )

(-) الجامعية (   )

(٢) اذا لم تتحصل على شهادةدراسية فما هى حالتك التعليمية ؟

(-) تقرأ (   )

(-) تقرأ وتكتب (   )

(-) أمى (   )

(٣) ماهى الحالة التعليمية للوالدين ؟

الوالد	الحالة التعليمية	الوالدة
( )	الأمية	( )
( )	القراءة	( )

الوالـــد	الحالة التعليمية	الوالـدة
( )	القراءة والكتابة	( )
( )	تجاوز الابتدائيـة	( )
( )	تجاوز المتوسـطة	( )
( )	تجاوز الثانويـة	( )
( )	تعليم جامعـــى	( )

(جـ) (١) متوسط دخل الأسـرة الشهـرى :

(-) أقـل من ١٥٠٠ ريال (   )

(-) أقـل من ٣٠٠٠ ريال (   )

(-) أقـل من ٤٥٠٠ ريال (   )

(-) أقـل من ٦٠٠٠ ريال (   )

(-) أكثر من ٧٥٠٠ ريال (   )

(٢) معـدل الصرف الشهرى : أكثر من (   ) ريال .

(٣) هل يوجد فى الأسـرة أفراد قـادرون على العمل ولكنهم لايعملون ؟

(-) نعـم (   ) كم عددهم (   )

(-) لا (   )

(د) (١) ماهى الحالة السكنية لاسـرتك ؟

(-) منزل مــلك (   )

(-) منزل مستأجر (   ) الايجار الشهرى (   ) ريال .

(-) سكن حكـومى (   )

(٢) مانوعية الحى الذى يقع فيه سكناكم ؟

(-) حـى شـعبى (   )

(-) حـى راقـى (   )

(-) حـى متوسـط (   )

(-) حـى فقـير (   )

(٣) مانوعية السكان فى الحى الذى يقع فيه سكناكم ؟

(-) مواطنـــين (   )

(-) معظمهم من الوافديـن (   )

(-) بها مواطنين ووافدين (   )

(هـ) (١) هل حدثت خلافات فى الأســرة أدت الى الآتـى :

(-) هجــرة الوالــدة ( )

(-) انفصال الوالد عنها ( )

(-) طـــلاق الوالــدة ( )

(-) عمل الوالدة بمفردها ( )

(٢) هل يوجد فى الأســرة أكثر من زوجة أب غير والدتك ؟

(-) نعـم ( )

(-) لا ( )

(٣) هل توفـى أحــد من الوالــدين ؟

(-) نعـم ( ) الوالد ( ) الوالدة ( )

(-) لا

ثانيا : (أ) (١) هل ترى بأن الناس الذين يتعاطون المخدرات زادت أعدادهم ؟

نعم ( )

لا ( )

لا أعلم ( )

(٢) هل تعتقد بأن (الحي الذى تسكنه) يخلو من استعمال المخدرات ؟

نعم ( )

لا ( )

لا أعلم ( )

(٣) ماهى الأعمار التى فى رأيكم فئات العمر التى يغلب عليها طابع تعاطى المخدرات ؟

(أ) فئة عمر أقل من ١٨ سنة ( )

(ب) فئة عمر أكثر من ١٨ سنة وأقل من ٢١ سنة ( )

(ج) فئة عمر أكثر من ٢١ سنة وأقل من ٣٠ سنة ( )

(أ) فئة عمر أكثر من ٣٠ سنة ( )

(٤) هل يوجد لديك أصدقاء يتعاطون المخدرات ؟

نعم ( )

لا ( )

(٥) ماهو شعورك وأنت تتعاطى المخدر ؟

(-) أشعر بالخوف من المستقبل ( )

(-) أشعر بارتياح نفسى ( )

(-) أشعر بأننى قمت بعمل بطولى ( )

(٦) ماهى الأسباب التى تجعل من الشخص متعاطيا للمخدرات ؟

(-) هل صعوبة ظروف العمل ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل هو هروب من الواقع ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل هو الملل من الدراسة ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل وجود وقت الفراغ ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل المشاكل العائلية ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل بعد الأهل عن أبنهم ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل هو نوع من الفضول ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل هو مجاملة الأصدقاء ؟ نعم ( ) لا ( )

(-) هل رغبة داخلية ؟ نعم ( ) لا ( )

(٧) هل تعتقد أن اكتساب ظاهرة تعاطي المخدرات يأتي من :

(-) الأصدقاء ( )

(-) المدرسة ( )

(-) وسائل الاعلام ( )

(-) الأقارب ( )

(-) توفرها في السوق ( )

(-) حب الاستطلاع ( )

(-) ظروف المجتمع ( )

(-) نوع العمل ( )

(ب) (١) متى بدأت استعمال المخدرات ؟

(-) قبل سنة واحدة ( )

(-) قبل سنتين ( )

(-) أكثر من ثلاث سنوات ( )

(٢) ماهي أكثر أنواع المخدرات استعمالا ؟

(-) الحشيش ( )

(-) القات ( )

(-) الحبوب بأنواعها ( )

(-) الأفيون ومشتقاته ( )

(-) أخرى حددها ( )

(٣) ماهي المواد البديلة في حالة نفاذ المخدر المعتاد عليه ؟

(أ)

(ب)

(جـ)

(٤) هل حاولت الامتناع عن التعاطي وفشلت ؟

نعم ( ) لماذا ....

لم أحاول ( ) لماذا ....

(ه) لو كنت فى موقع المسئول عن مكافحة المخدرات فماذا تفعل ؟

(أ)

(ب)

(جـ)

(د)

(هـ)

(٦) هل تجد فى نفسك الكفاءة فى الابتعاد عن المخدر ؟

نعم ( )

لا ( )

بسم الله الرحمن الرحيم

Kingdom of Saudi Arabia
King Abdulaziz City for
Science and Technology
Directorate of Information Systems &
Technical Services

المملكة العربية السعودية
مدينة الملك عبدالعزيز
للعلوم والتقنية
ادارة المعلومات والخدمات الفنية

Date: التاريخ: No.: الرقم: ٩٨٢/٠٧

أخي الباحث أبو ل سعيد محمد الزهراني
أختي الباحثة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

بناء على الطلب المقدم الينا بتاريخ ٢٢/٩/٢٠٧١ لاجراء بحث لاستقصاء المعلومات ، نفيدكم أنه تم الحصول على المعلومات المرفقة ، والتي نأمل أن تفي بالغرض المنشود .

وآمل أن تزودونا باقتراحاتكم التي سيكون لها الأثر الطيب في تطوير وتحسين الخدمة المقدمة اليكم .

وتقبلوا فائق تحياتي ،

مدير خدمات المعلومات

محمد علي العرفج

ص ب ٦٠٨٦ - الرياض ١١٤٤٢ تليفون : ٤٧٨٨٠٠٠ تلكس ٢٠١٥٩٠ كاكست أس جي برقيا : موسوعة
P.O. Box 6086 - Riyadh 11442 Telephone No. 4788000 Telex 201590 KACST SJ Cable MAWSOAH

بسم الله الرحمن الرحيم

THE GULF ARAB STATES EDUCATIONAL RESEARCH CENTER
KUWAIT

المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج
الكويت

الرقم : ٢٤٧٧ / ص ع

المرفقات :

الموافق : ١٨/ ٧/ ١٩٨٧م

التاريخ : ٢٢/ ١١/ ١٤٠٧هـ

السيد المحترم / طلال سعيد الزهراني
البريد المركزي ـ ص ٠ ب ٥٢٢٥ ـ جدة
٢١٤٢٢ ـ المملكة العربية السعودية

تحية طيبة يهديها مكتب التربية العربي لدول الخليج / المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج ، وبعد .

فبالاشارة الى خطابكم بشأن طلب بعض المعلومات التي تخدم مجال بحثكم حول " تعاطي المخدرات للاحداث الجانحين " . يسرنا أن نبعث اليكم بالمصادر التي تتوفر لدينا وتتعلق بهذا الموضوع .. وهي :

(١) ورقة عمل مقدمة من المركز الى ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها بعنوان " علاج المسكرات والمخدرات في ضوء التوجيه الاسلامي " .

(٢) بحث بعنوان " حول استعمال وسوء استعمال الادوية والعقاقير " أصدرته ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية بالكويت .

(٣) بحث بعنوان " بعض الجوانب السلوكية والنفسية والاجتماعية لاعتماد الكحول والعقاقير في مستشفى الطب النفسي بالكويت ، أصدرته ادارة البحوث الاجتماعية والجنائية بالكويت .

آملين أن تجدوا في هذه المصادر مايعزز بحثكم ، وأن تقوموا بتزويد المركز بنسخة منه مستقبلا .

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

مدير المركز

محمد عبد الله الصانع

المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج
THE GULF ARAB STATES EDUCATIONAL RESEARCH CENTER

ص٠ب (٢٥٥٦٦ صفاة) ت : ٨٣٥٢٠٣ ـ ٨٣١٦٠٧ ـ ٨٣٠٧٦٦ (بدالة) تلكس : ٤٤١١٨ سداد
P. O. Box (25566) - SAFAT Tel. 835203 - 831607-Operater 830766 - Telex : 44118 Sadad

بسم الله الرحمن الرحيم

YEMEN ARAB REPUBLIC
Ed. Research & Dev. Center
E. R. D. C.

الجمهورية العربية اليمنية
مركز البحوث والتطوير التربوي

Ref. No. .... الرقم ....

Date .... التاريخ ٢٢/٧/١٩٨٧م

Subject .... الموضـوع ....

الأخ / الباحث طلال سعيد الزهراني الأكرم ،،،،

تحية طيبة وبعـــد :

تلقينا مذكرتكم التى تطلبون فيها تزويدكم بمراجع حول موضوع (تعاطى المخدرات للأحداث الجانحين) ولكون مكتبة المركز لا تقتنى الا نسخة واحدة من تلك المراجع فاننا نعتذر بأسف شديد عن تلبية طلبكم.

ونحب أن نشير الى بعض أسماء تلك الدراسات والمراجع والــــتى نتمنى أن تحصل عليها وهى من منشورات منظمة الصحة العالمية وهى :

١ـ المشاكل والبرامج المتعلقة بالاعتماد على الكحول والعقاقير فى ٣٣ بلـــــــــداء
تأليف جوى موزير جنيف ١٩٧٤م (باللغة العربية)

2- Commonity rsponse to alcihol - related problems.
E.B. Ritson 1985.

3- Problems related to alcbhol consumption:
Report of a WHO Expert Committee: 1980.

4- Alcohl- related medicosocial problems amd their Prevention.
D. Walsh 1982.

5- Assessment of Public Health and Social Problems Associated with the use of Psychotropic Drugs:
Report of the WHO Expert Committee, 1981.

وايضا هناك بحثان قدما الى المؤتمر الفكرى الرابع للتربويين العرب والمنعقـــد فى بغداد فى الفتره من ٢٨/ حتى ٣٠/٦/١٩٨٧م الأول للدكتوره سهام أبو خيطه

بسم الله الرحمن الرحيم

YEMEN ARAB REPUBLIC
Ed. Research & Dev. Center
E. R. D. C.

الجمهورية العربية اليمنية
مركز البحوث والتطوير التربوي

Ref. No. ....
Date ....
Subject ....

الرقم ....
التاريخ ....
الموضوع ....

وعنوانه (الارشاد التربوى أحد اساليب تحقيق أهداف التربية فى الوطن العربى) والاخر للدكتور / حامد زهران رئيس قسم علم النفس بجامعة عين شمس - وعنوانه.

(الارشاد التربوى فى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل)

ويمكنك أن تتصل بالدكتور / حامد عبد السلام زهران على عنوانه جامعة عين شمس - كلية الآداب) جمهورية مصر العربية،

وكذا الدكتوره سهام أبو عيطه الى عنوان :

جامعة الكويت - كلية التربية.

هذا وتقبل فائق تحياتنا مع صادق الأمنيات لك بكل التوفيق .

والله ولى الهداية والتوفيق ،،،،،

أحمد يحى الذيفانى

رئيس وحدة التوثيق والنشر

صندوق بريد ١٠٩٩٩ صنعاء الجمهورية ... - الدائري بجوار كلية التربية
تليفون ٢٠٠٤٧٧ ، ٢٠٠٤٧٨ ، ٢٠٠٤٧٩ - برقياً بحوث صنعاء
P.O. Box 10999 Sana'a Y. A. R.
Cable ; BOHOUTH Sana'a
Tel. 200477 - 200478 - 200479

بسم الله الرحمن الرحيم

مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية
KING FAISAL CENTER FOR RESEARCH AND ISLAMIC STUDIES

الرقم : ٣٥٦ / ٥ق / ١
التاريخ : ٢٦/٢/١٤٠٨

الاخ الباحث / طلال سعيد الزهراني المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

اشارة الى طلب استقصاء المعلومات المقدم منكم بتاريخ ٢١/ ٢ / ١٤٠٨ هـ. يسعدنا أن نرسل اليكم رفقه قائمة بالمعلومات البيليوجرافيه المطلوبه .

راجين أن تتاح لكم فرصة زيارة مكتبات المركز ليتسنى لكم الاستفاده من خدمات المعلومات والمطالعه الداخليه للكتب والمراجع والدوريات والمواد السمعبصريه .

متمنين لكم التوفيق . والله يحفظكم ويرعاكم ،،،

المدير العام

د . / زيد عبد المحسن الحسين

م/د

ص . ب ٥١٠٤٩ - الرياض - الرمز البريدي : ١١٥٤٣ - المملكة العربية السعودية - برقياً : حضاره - هاتف : ٤٦٥٢٢٥٥ - تلكس : ٤٠٥٤٧٠ حضاره - فاكسملي ٤٦٥٩٩٩٣
P.O.BOX:51049 - RIYADH . 11543 - SAUDI ARABIA - CABLE : HADARA - TEL. : 4652255 - TELEX : 405470 HADARA SJ - FAX . 4659993

Arab Centre for Higher Education Research - Alecso
(ACHERA)
Damascus

بسم الله الرحمن الرحيم

المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم
المركز العربي لبحوث التعليم العالي
(اشيرا)
دمشق

الرقم : ١٦٠/ص
التاريخ : ١٨/٩/١٩٨٧

السيد طلال سعيد الزهراني

سلام الله عليكم ورحمته وبركاته ، وبعد،

تلقينا بالتقدير رسالتكم المتضمنة طلب معلومات من المركز العربي لبحوث التعليم العالي تخدم البحث الذي تعدونه في مجال تعاطي المخدرات للأحداث الجانحين.

يؤسفنا الا نتمكن من تلبية طلبكم نظرا لأن مركزنا يعني بالدراسات والأبحاث التي تتناول قضايا التعليم العالي في الوطن العربي أنظمة ومناهج وخططا وأعضاء هيئة تدريسية وتعادلا للشهادات ، اضافة الى قضايا أخرى لا تمت الى موضوعكم بصلة.

واننا ،اذ نبدي اعتذارنا ، نتمنى لكم النجاح والتقدم فيما تنشدون ، مغتنمين هذه المناسبة لنعرب لكم عن التقدير لجهودكم في مضمار البحث العلمي.

مدير المركز

الدكتور مصطفى حداد

هاتف : ٣٣٤٨٧٦ – ص.ب : ٣٧٥٢ – برقيا : اشيرا – تلكس : ٤١١٨٦٤